



Ajuntament de  
**MASSANASSA**

**RECONeixEMENT DEL  
GRAU DE DEPENDÈNCIA I  
ACCÉS AL SISTEMA  
PÚBLIC DE SERVEIS I  
PRESTACIONS  
ECONÒMIQUES**

Registre

SOL·LICITANT			
Nom i Cognoms			
Adreça		NIF / CIF	
		Telèfon	
C. Postal	Població	E-mail	
En representació de		NIF / CIF	

EXPOSA
Que reunint els requisits necessaris previstos en la Legislació en matèria de Reconeixement del grau de Dependència i accés al Sistema Públic de Serveis i Prestacions econòmiques.

SOL·LICITA	
<input type="checkbox"/>	Sol·licitud inicial
<input type="checkbox"/>	Unes altres:

DOCUMENTACIÓ A APORTAR	
<input type="checkbox"/>	<b>Sol·licitud inicial</b> de reconeixement de la situació de dependència. (Segons model establert).
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia de <b>NIF, NIE o passaport</b> de tots els membres de la unitat de convivència.
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia del SIP de tots els membres de la unitat de convivència.
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia <b>Llibre de Família</b> . (En cas de minoria d'edat del sol·licitant).
<input type="checkbox"/>	<b>Informe de salut</b> per al reconeixement de prestacions socials, emès pel metge de capçalera.
<input type="checkbox"/>	Annex d'Autorització d' <b>accés a dades</b> .
<input type="checkbox"/>	<b>Declaració del guardador de fet</b> , si escau.
<input type="checkbox"/>	Còpia de la <b>tutoria legal</b> , si escau.
<input type="checkbox"/>	<b>Model de domiciliació bancària</b> .
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia de les <b>dades bancàries</b> .
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia de la <b>Resolució del grau de discapacitat</b> , si escau.
<input type="checkbox"/>	Tota aquella documentació requerida pel tècnic responsable del Servei de Dependència Municipal i que siga necessària per a una adequada valoració social.

## DOCUMENTACIÓ A APORTAR (SEGONS ELS CASOS)

En cas de sol·licitud de **Teleassistència**:

Annexe SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA, signat i emplenat.

En cas de sol·licitud de **Prestació al Cuidador No Professional**:

Annexe COMPROMÍS DE PERMANÈNCIA I FORMACIÓ DE LA PERSONA CNP, signat i emplenat.

Si la persona cuidadora no resideix en el municipi, haurà de presentar volant d'empadronament.

## AUTORITZACIÓ

Els signants autoritzen a l'Ajuntament de Massanassa a consultar les dades del Padró Municipal d'Habitants.

L'autorització concedida en l'Ajuntament per cada signatari, podrà ser revocada en qualsevol moment per mitjà d'escrit dirigit a l'Alcaldia.

## DECLARACIÓ JURADA

Que les dades exposades en la sol·licitud són certs.

**SR. ALCALDE DE L'AJUNTAMENT DE MASSANASSA.**

Massanassa a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Signatura de la persona sol·licitant:*

En relació amb la sol·licitud presentada, segons l'Article 11 del DECRET 62/2017, de 19 de maig, del Consell, pel qual s'estableix el procediment per a reconèixer el grau de dependència a les persones i l'accés al sistema públic de serveis i prestacions econòmiques:

"1. La persona titular de la direcció general amb competències en matèria d'atenció a les persones en situació de dependència, dictarà resolució expressa i per escrit sobre el reconeixement de la situació de dependència i el grau de la mateixa."

"4. El termini màxim per a dictar i notificar aquesta resolució de grau és de tres mesos, computant-se des de la data de registre d'entrada de la sol·licitud en el registre de l'òrgan competent per a la seua tramitació."

En compliment del REGLAMENT (UE) 2016/679 DEL PARLAMENT EUROPEU I DEL CONSELL de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, preste el meu consentiment i he sigut informat/a que aquest Ajuntament va a tractar i guardar les dades aportades en la instància i en la documentació que li acompanya per a la tramitació i gestió d'expedients administratius.