

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:
**A DADES D'IDENTIFICACIÓ
DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
DADES DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL / DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		NÚM. IDENTIFICACIÓ NUM. IDENTIFICACIÓN	
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO		SEXE / SEXO		NACIONALITAT / NACIONALIDAD		NÚM. AFILIACIÓ A LA SEURETAT SOCIAL Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

DADES DE LA PERSONA CUIDADA / DATOS DE LA PERSONA CUIDADA

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	
---------------------	--	--------------	--	-----	--

**B DECLARACIONS RESPONSABLES
DECLARACIONES RESPONSABLES**

- Que tinc la residència legal a la Comunitat Valenciana, i que estic empadronat/ada a una distància del domicili de la persona dependent que no supera els 20 km.
- *Que tengo la residencia legal en la Comunitat Valenciana, y que estoy empadronado/a a una distancia del domicilio de la persona dependiente que no supera los 20 km.*
- Que no tinc reconeguda ni he sol·licitat el reconeixement de la situació de dependència en qualsevol dels seus graus, ni estic en situació de gran invalidesa.
- *Que no tengo reconocida ni he solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, ni estoy en situación de gran invalidez.*
- Que tinc la següent relació amb la persona beneficiària: Familiar (Indicar grau de parentiu) No familiar
- *Que tengo la siguiente relación con la persona beneficiaria: Familiar (Indicar grado de parentesco) No familiar*
- Que convisc amb la persona dependent: Sí NO
- *Que convivo con la persona dependiente: Sí NO*
- Que la meua situació laboral actual és: Actiu Inactiu
- *Que mi situación laboral actual es: Activo Inactivo*
- Que dispose de temps suficient i em compromet a prestar els meus serveis com a cuidador/a no professional durant un període mínim d'un any continuat a partir de la data de signatura d'aquest document.
- *Que dispongo de tiempo suficiente y me comprometo a prestar mis servicios como cuidador/a no profesional durante un periodo mínimo de un año continuado a partir de la fecha de firma de este documento.*
- Que no estic vinculat/ada a un servei d'atenció professionalitzat.
- *Que no estoy vinculado/a a un servicio de atención profesionalizado.*
- Que em compromet a acreditar una formació específica en matèria de cures a persones depenents, o, en defecte d'això, a realitzar aquesta formació.
- *Que me comprometo a acreditar una formación específica en materia de cuidados a personas dependientes, o, en su defecto, a realizar dicha formación.*
- Que em compromet a assumir formalment davant l'Administració els compromisos necessaris per a l'atenció i cura de la persona en situació de dependència.
- *Que me comprometo a asumir formalmente ante la Administración los compromisos necesarios para la atención y cuidado de la persona en situación de dependencia.*
- Si la persona dependent està atesa per una altra persona cuidadora, les tasques de cura les realitzem de forma: Simultània Alterna
- *Si la persona dependiente está atendida por otra persona cuidadora, las tareas de cuidado las realizamos de forma: Simultánea Alterna*
- Que m'obligue a comunicar per escrit a la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives qualsevol variació en la situació de la persona dependent que determine l'extinció de la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar, en el termini de 15 dies des que es produísca.
- *Que me obligo a comunicar por escrito a la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas cualquier variación en la situación de la persona dependiente que determine la extinción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, en el plazo de 15 días desde que se produzca.*
- Que no he estat condemnat/ada per sentència ferma per delictes d'agressions, de maltractaments, violència de gènere, delictes sexuals o contra la integritat i la llibertat de les persones en qualsevol de les modalitats recollides en el Codi Penal.
- *Que no he sido condenado/a por sentencia firme por delito de agresiones, de malos tratos, violencia de género, delitos sexuales o contra la integridad y la libertad de las personas en cualquiera de las modalidades recogidas en el Código Penal.*
- Que sóc cuidador/a no professional d'altra persona en situació de dependència, amb les següents dades:
- *Que soy cuidador/a no profesional de otra persona en situación de dependencia, con los siguientes datos:*

 Nom _____ DNI _____
 Nombre _____

- Que em compromet a no atendre de forma simultània a més de dues persones en situació de dependència en els termes establerts en l'article 32.5.i del Decret 62/2017, de 19 de maig, del Consell, pel qual s'estableix el procediment per reconèixer el grau de dependència a les persones i l'accés al sistema públic de serveis i prestacions econòmiques.
- *Que me comprometo a no atender de forma simultánea a más de dos personas en situación de dependencia en los términos establecidos en el artículo 32.5.i del Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas.*

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:
**A DADES D'IDENTIFICACIÓ
DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
DADES DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL / DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		NÚM. IDENTIFICACIÓ NUM. IDENTIFICACIÓN	
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO		SEXE / SEXO		NACIONALITAT / NACIONALIDAD		NÚM. AFILIACIÓ A LA SEURETAT SOCIAL Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

DADES DE LA PERSONA CUIDADA / DATOS DE LA PERSONA CUIDADA

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	
---------------------	--	--------------	--	-----	--

**B DECLARACIONS RESPONSABLES
DECLARACIONES RESPONSABLES**

- Que tinc la residència legal a la Comunitat Valenciana, i que estic empadronat/ada a una distància del domicili de la persona dependent que no supera els 20 km.
- *Que tengo la residencia legal en la Comunitat Valenciana, y que estoy empadronado/a a una distancia del domicilio de la persona dependiente que no supera los 20 km.*
- Que no tinc reconeguda ni he sol·licitat el reconeixement de la situació de dependència en qualsevol dels seus graus, ni estic en situació de gran invalidesa.
- *Que no tengo reconocida ni he solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, ni estoy en situación de gran invalidez.*
- Que tinc la següent relació amb la persona beneficiària: Familiar (Indicar grau de parentiu) No familiar
- *Que tengo la siguiente relación con la persona beneficiaria: Familiar (Indicar grado de parentesco) No familiar*
- Que convisc amb la persona dependent: Sí NO
- *Que convivo con la persona dependiente: Sí NO*
- Que la meua situació laboral actual és: Actiu Inactiu
- *Que mi situación laboral actual es: Activo Inactivo*
- Que dispose de temps suficient i em comprometo a prestar els meus serveis com a cuidador/a no professional durant un període mínim d'un any continuat a partir de la data de signatura d'aquest document.
- *Que dispongo de tiempo suficiente y me comprometo a prestar mis servicios como cuidador/a no profesional durante un periodo mínimo de un año continuado a partir de la fecha de firma de este documento.*
- Que no estic vinculat/ada a un servei d'atenció professionalitzat.
- *Que no estoy vinculado/a a un servicio de atención profesionalizado.*
- Que em comprometo a acreditar una formació específica en matèria de cures a persones deponents, o, en defecte d'això, a realitzar aquesta formació.
- *Que me comprometo a acreditar una formación específica en materia de cuidados a personas dependientes, o, en su defecto, a realizar dicha formación.*
- Que em comprometo a assumir formalment davant l'Administració els compromisos necessaris per a l'atenció i cura de la persona en situació de dependència.
- *Que me comprometo a asumir formalmente ante la Administración los compromisos necesarios para la atención y cuidado de la persona en situación de dependencia.*
- Si la persona dependent està atesa per una altra persona cuidadora, les tasques de cura les realitzem de forma: Simultània Alterna
- *Si la persona dependiente está atendida por otra persona cuidadora, las tareas de cuidado las realizamos de forma: Simultánea Alterna*
- Que m'obligue a comunicar per escrit a la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives qualsevol variació en la situació de la persona dependent que determine l'extinció de la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar, en el termini de 15 dies des que es produísca.
- *Que me obligo a comunicar por escrito a la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas cualquier variación en la situación de la persona dependiente que determine la extinción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, en el plazo de 15 días desde que se produzca.*
- Que no he estat condemnat/ada per sentència ferma per delictes d'agressions, de maltractaments, violència de gènere, delictes sexuals o contra la integritat i la llibertat de les persones en qualsevol de les modalitats recollides en el Codi Penal.
- *Que no he sido condenado/a por sentencia firme por delito de agresiones, de malos tratos, violencia de género, delitos sexuales o contra la integridad y la libertad de las personas en cualquiera de las modalidades recogidas en el Código Penal.*
- Que sóc cuidador/a no professional d'altra persona en situació de dependència, amb les següents dades:
- *Que soy cuidador/a no profesional de otra persona en situación de dependencia, con los siguientes datos:*

 Nom _____ DNI _____
 Nombre _____

- Que em comprometo a no atendre de forma simultània a més de dues persones en situació de dependència en els termes establerts en l'article 32.5.i del Decret 62/2017, de 19 de maig, del Consell, pel qual s'estableix el procediment per reconèixer el grau de dependència a les persones i l'accés al sistema públic de serveis i prestacions econòmiques.
- *Que me comprometo a no atender de forma simultánea a más de dos personas en situación de dependencia en los términos establecidos en el artículo 32.5.i del Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas.*

Mitjançant la signatura del present document, la persona cuidadora **AUTORITZA** expressament l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat i de residència d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació per cures en l'entorn familiar i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment des seus requisits.

*Mediante la firma del presente documento, la persona cuidadora **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y de residencia de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación por cuidados en el entorno familiar y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.*

- NO AUTORITZA** l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.
- NO AUTORITZA** el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

_____, d _____ de _____

Signatura: _____

Firma: _____

La persona cuidadora no professional / La persona cuidadora no profesional

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA", creat per gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de Protección de Datos de Carácter Personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Mitjançant la signatura del present document, la persona cuidadora **AUTORITZA** expressament l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat i de residència d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació per cures en l'entorn familiar i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment des seus requisits.

*Mediante la firma del presente documento, la persona cuidadora **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y de residencia de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación por cuidados en el entorno familiar y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.*

- NO AUTORITZA** l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.
- NO AUTORITZA** el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

_____, d _____ de _____

Signatura: _____

Firma: _____

La persona cuidadora no professional / *La persona cuidadora no profesional*

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CJAAPP - IAC

DIN - A4

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA", creat per gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de Protección de Datos de Carácter Personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**C INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD**

En l'apartat B, declaració responsable referida al parentiu de la persona cuidadora amb la persona beneficiària, s'entendrà el següent, establert en la normativa autonòmica vigent en matèria de dependència:

- a) Persones cuidadores familiars seran: cònjuge o persona amb relació anàloga a la conjugal, fill o filla, pare o mare, així com pares i mares d'acolliment i parents per consanguinitat o afinitat fins al quart grau. Excepcionalment, podran ser cuidadores familiars les persones properes a una persona en situació de dependència quan així ho acredite el preceptiu informe social d'entorn.
- b) Cuidadors no familiars seran: aquelles persones acreditades com a idònies en el corresponent informe social d'entorn, no incloses a l'apartat anterior. S'haurà de formalitzar el corresponent contracte laboral d'acord amb la legislació vigent a cada moment.

En l'apartat B, declaració responsable referida a la situació laboral de la persona cuidadora que atén dues persones en situació de dependència, la persona cuidadora no podrà exercir activitat laboral alguna.

En el cas de dos persones cuidadores no professionals, s'entendrà la meitat del temps de dedicació a cadascuna d'elles. L'apartat B, declaracions responsables, haurà de ser emplenat íntegrament.

En el apartado B, declaración responsable referida al parentesco de la persona cuidadora con la persona beneficiaria, se entenderá lo siguiente, establecido en la normativa autonómica vigente en materia de dependencia:

- a) Personas cuidadoras familiares serán: cónyuge o persona con relación análoga a la conyugal, hijo o hija, padre o madre, así como padres y madres de acogida y parientes por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado. Excepcionalmente, podrán ser cuidadoras familiares las personas allegadas a una persona en situación de dependencia cuando así lo acredite el preceptivo informe social de entorno.*
- b) Cuidadores no familiares serán: aquellas personas acreditadas como idóneas en el correspondiente informe social de entorno, no incluidas en el apartado anterior. Se deberá formalizar el correspondiente contrato laboral de acuerdo con la legislación vigente en cada momento.*

En el apartado B, declaración responsable referida a la situación laboral de la persona cuidadora que atiende a dos personas en situación de dependencia, la persona cuidadora no podrá desempeñar actividad laboral alguna.

En el caso de dos personas cuidadoras no profesionales, se entenderá la mitad del tiempo de dedicación a cada uno de ellos. El apartado B, declaraciones responsables, deberá ser cumplimentado en su totalidad.