



Código Guía Servicios: 2115

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA**

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

<b>SOLICITUD INICIAL</b> <input type="checkbox"/>	<b>SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE</b> <input type="checkbox"/>
<b>SOLICITUD DE REVISIÓN</b>	Desde la C.A. de Murcia a _____
<b>POR AGRAVAMIENTO / MEJORÍA</b> <input type="checkbox"/>	Desde _____ a la CA. de Murcia
<b>POR MODIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES</b> <input type="checkbox"/>	

**Deberá elegir sólo una opción.**

**Solicitud inicial:** Deberán cumplimentar este apartado los solicitantes que carezcan de reconocimiento de situación de dependencia.

**Revisión.** Las personas que ya cuenten con un grado y nivel de dependencia reconocido, solicitarán uno de los tipos de revisión previstas. Si tras la revisión del grado y nivel por agravamiento de la capacidad funcional, se comprueba que se ha producido una mejoría, la Administración iniciará una revisión de oficio.

**Traslado.** Deberán cumplimentar este apartado las personas que teniendo abierto expediente en la Comunidad Autónoma de Murcia hayan fijado su domicilio con carácter permanente en otra comunidad autónoma

Si tiene abierto expediente en otra Comunidad Autónoma diferente a la de Murcia y quiere trasladar su expediente a la Región de Murcia, debe de solicitarlo en la comunidad que tiene activo su expediente.

**I. DATOS DEL SOLICITANTE**

**I.1 DATOS PERSONALES**

Se consignarán todos los datos personales del solicitante.

En caso de ser extranjero con residencia legal en España, en el apartado DNI/NIE, se consignará el número de su tarjeta de residencia.

Si ostenta la doble nacionalidad, indique las dos nacionalidades en el apartado correspondiente.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIF/NIE/
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
<b>DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.</b> (si esta ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones) En caso de solicitud de <b>traslado</b> consigne aquí <b>el domicilio al que se traslada.</b>			
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	CODIGO POSTAL
<b>TELÉFONO DE CONTACTO:</b> Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto, bien del propio solicitante o bien de familiares, vecinos u otras personas con las que poder gestionar la hora y día de citación en su entorno habitual.			
TELÉFONO FIJO: _____ / _____ / _____			
TELÉFONO MOVIL: _____ / _____ / _____			
Autorizo el envío de comunicaciones vía SMS desde la Oficina de la Dependencia al Teléfono móvil:			
firma autorización:			



**DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.**

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas al procedimiento.  
Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

MUNICIPIO

PROVINCIA

CODIGO POSTAL

**I.2 .DATOS DE DISCAPACIDAD**

¿TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD? SI  NO   
( En caso afirmativo indique el grado y el resultado del baremo de Ayuda de tercera persona obtenido según RD1971/1999)

GRADO \_\_\_\_\_ AYUDA DE TERCERA PERSONA (ATP) \_\_\_\_\_ Año de Resolución \_\_\_\_\_ ç\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
(Deberá aporta documentación acreditativa cuando haya sido calificado en otra Comunidad Autónoma como minusválido/persona con discapacidad)

Tipo de Discapacidad: ( dato no obligatorio):

¿TIENE RECONOCIDA GRAN INVALIDEZ POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL? SI  NO

Año de Resolución: \_\_\_\_\_  
( En caso afirmativo deberá aportar con la solicitud copia compulsada de la resolución de reconocimiento de Gran Invalidez)

¿TIENE DIAGNOSTICADA UNA ENFERMEDAD DE LAS DENOMINADAS ENFERMEDADES RARAS? SI  NO   
( En caso afirmativo deberá estar incluida dentro del diagnóstico del informe de Salud aportado)

Tipo de enfermedad rara:

El solicitante vive solo: si  No

**I.3 DATOS DE LA PERSONA QUE LE REPRESENTA (ver hoja de instrucciones sobre Representante legal)**

Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante, que ostente alguna de las formas de representación siguientes:

Menores de 18 años, el representante será con carácter general el padre o la madre.

En los casos en los que se actúe a través de representante nombrado por autoridad judicial, deberá aportarse copia de la resolución o sentencia donde figure tal representación.

En los casos en los que se actúe a través de representación voluntaria deberá acreditarse por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna (poder notarial, escrito de representación firmado por el dependiente y representante diligenciado por funcionario público o mediante declaración en comparecencia personal ante cualquier oficina de registro de la CARM).

En los casos en los que el solicitante tenga disminuida gravemente su capacidad intelectual y no se haya procedido a su incapacitación judicial podrá actuar mediante guardador de hecho, con carácter excepcional y provisional, debiendo ser comunicado al juzgado esta circunstancia por parte de quien se haga cargo del presunto incapaz Para estos casos excepcionales y provisionales deberá rellenar el modelo de guardador de hecho que se adjunta en Anexo II

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		DNI/NIF/NIE/CIF/
DOMICILIO			C.P.	F. DE NACIMIENTO
LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	NACIONALIDAD.	TELEFONO
Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años		<input type="checkbox"/>	Como representante voluntario	<input type="checkbox"/>
Como representante de un incapacitado judicial		<input type="checkbox"/>	Como Guardador de Hecho	<input type="checkbox"/>



**I.4 DATOS DE RESIDENCIA EN TERRITORIO ESPAÑOL**

Relacione los períodos y lugares de residencia, consignando el mes y año de inicio y el mes y año de finalización de residencia en cada municipio. Si el solicitante es menor de 5 años, los datos de residencia se referirán a quien ejerza su guarda y custodia.

- ¿ACTUALMENTE TIENE RESIDENCIA LEGAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA? SI  NO
- ¿HA RESIDIDO LEGALMENTE EN ESPAÑA DURANTE 5 AÑOS COMO MÍNIMO? SI  NO
- ¿DE ESOS 5 AÑOS, DOS HAN SIDO CONSECUTIVOS E INMEDIATAMENTE ANTERIORES A ESTA SOLICITUD SI  NO

Indique las localidades en las que ha estado empadronado en dichos periodos

Periodos	Municipio	Provincia

- ¿ES USTED EMIGRANTE RETORNADO? SI  NO
- En caso afirmativo debe presentar la acreditación de la situación de emigrante retornado

FECHA DE RETORNO DEFINITIVO: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

**I.5 DATOS DEL CUIDADOR**

**CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR**

(Señale los DATOS DEL CUIDADOR y cumplimente el ANEXO I)

**CUIDADOR**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIF/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	Nº TARJETA SANITARIA	NACIONALIDAD
DOMICILIO			TFNO
LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	C.P:
Relación con el solicitante (Parentesco)	Fecha de residencia en la localidad	¿Convive con el solicitante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  Año desde el que convive con el solicitante	Fecha en que se iniciaron los cuidados a la persona dependiente.



## II. DATOS ECONOMICOS

### II.1 CAPACIDAD ECONÓMICA

#### 1 Datos sobre prestaciones públicas

Tipo de pensión o prestación que recibe	INSS	ISFAS	MUFACE	MUGEJU	CUANTÍA ANUAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### II.2 COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR A EFECTOS DEL COMPUTO DE LA CAPACIDAD ECONOMICA DEL SOLICITANTE:

Si existe cónyuge o pareja de hecho rellene los siguientes datos:

CÓNYUGE  PAREJA DE HECHO  Otro: (Indicar) \_\_\_\_\_

Régimen económico:  Gananciales  Separación de Bienes

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:

Si el cónyuge o pareja de hecho ha fallecido indique la fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_

Datos referidos al cónyuge y ascendientes y/o descendientes que convivan con la persona beneficiaria, que dependan económicamente del mismo y estén a su cargo.

Nombre y Apellidos	N.I.F.	Fecha de nacimiento	Discapacidad o Dependencia (Si / No)	Ingresos anuales
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	

#### AUTORIZO

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmar en este recuadro el cónyuge o pareja de hecho si autoriza

#### NO AUTORIZO

a que se realicen consultas a la Agencia Estatal de Administración Tributaria, y a otros ficheros públicos para acreditar cuantos datos sean necesarios.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmar en este recuadro el cónyuge o pareja de hecho si no autoriza



**III. ATENCION QUE RECIBE ACTUALMENTE**

- |   |         |                          |         |                          |
|---|---------|--------------------------|---------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE <b>PROMOCION DE LA AUTONOMIA PERSONAL</b>              | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE <b>TELEASISTENCIA</b>                                  | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE <b>AYUDA A DOMICILIO</b>                               | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE <b>CENTRO DE DIA O NOCHE PERSONAS MAYORES</b>          | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE <b>CENTRO DE DIA O NOCHE PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b> | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE <b>ATENCION RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES</b>      | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE <b>ATENCION RESIDENCIAL PARA P. CON DISCAPACIDAD</b>   | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |

NOMBRE DEL CENTRO DONDE RECIBE LA ATENCIÓN : \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL CENTRO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO EN EL CENTRO: \_\_\_\_\_

(En el caso de no señalar ninguna casilla en este apartado, se entenderá que a fecha de la solicitud no está recibiendo ninguno de los servicios anteriormente descritos)

¿TIENE USTED CONTRATADO UN SERVICIO DE ASISTENCIA PERSONAL? SI  NO



#### IV. ELECCIÓN DE LAS PRESTACIONES POR GRADOS Y POR PRIORIDADES

Forma de cumplimentar: Enumerar por orden de prioridad los servicios y/o prestaciones económicas solicitados, así como el tipo de atención del Servicio de Promoción de la Autonomía y los tipos de la Prestación Económica Vinculada al Servicio, en caso de no existir plaza pública, excepto el Servicio de Teleasistencia que deben marcarse con una X (al ser compatibles).

#### PRESTACIONES DEL SISTEMA DE ATENCION A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

El servicio o prestación económica que se solicite se reconocerá sólo si el interesado cumple los requisitos exigidos para ello y así se determine en el Programa Individual de Atención.

##### SERVICIOS:

- SERVICIO DE PROMOCION DE LA AUTONOMIA PERSONAL DE :  Atención Residencial  Atención Diurna
- SERVICIO DE TELEASISTENCIA
- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
- SERVICIO DE CENTRO DE DIA O NOCHE
- SERVICIO DE ATENCION RESIDENCIAL ( Excepto Grado 1)

*(EI SERVICIO DE ATENCION RESIDENCIAL SE PRESTARÁ EN EL ÁMBITO REGIONAL).*

NO OBSTANTE , INDIQUE MUNICIPIO DE PREFERENCIA \_\_\_\_\_

**En caso de NO existir plaza pública en los servicios marcados, ¿ solicita Prestación Económica Vinculada al Servicio solicitado?**

SI

NO

##### PRESTACIONES ECONÓMICAS

- PRESTACION ECONOMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
- PRESTACION ECONOMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES

Artículo 29.2 del Decreto 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia:

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar , que tiene carácter excepcional, únicamente se podrá conceder cuando no sea posible el acceso a un servicio o, en su defecto, a una prestación económica vinculada al servicio, debido a la inexistencia de recursos públicos o privados acreditados, y siempre que se cumplan los restantes requisitos que se especifican en el Anexo I ( Compromiso del cuidador)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.:El/la interesado/a



## V. DATOS PARA EL ABONO DE LA PRESTACIÓN

TITULAR/ES DE LA CUENTA ( TIENE QUE INCLUIR NECESARIAMENTE AL BENEFICIARIO)

NÚMERO CÓDIGO CUENTA CLIENTE (IBAN)

NOMBRE DEL BANCO O CAJA DE AHORROS

## DECLARACIÓN Y FIRMA DE LA SOLICITUD

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:** Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

**QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR** al órgano competente en materia de Dependencia y/o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mí domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, nivel de ingresos, etc. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

En caso de no poder o saber firmar, la persona incapacitada físicamente pero en uso de sus facultades mentales, podrá hacerlo estampando la huella dactilar **debidamente diligenciada por funcionario público** quien en el ejercicio de sus funciones dará fe de corresponder al solicitante.

**AUTORIZO** al Organo administrativo competente a obtener/ceder, de forma electronica o por otros medios, a esta Administracion Publica, otras Administraciones o Entes, de acuerdo con el articulo 6.2 b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio de Acceso Electronico de los Ciudadanos a los Servicios Publicos, en concreto los datos personales relacionados a continuacion, necesarios para la resolucio de este procedimiento/expediente/solicitud:

- Identidad
- Discapacidad
- Pensiones no contributivas
- Residencia
- Titulaciones Académicas
- Prestaciones por desempleo
- Información catastral
- Nivel de renta de contribuyente persona física
- Prestaciones del registro de Prestaciones Sociales Públicas, incapacidad temporal y maternidad
- Datos de nacimiento, matrimonio y defunción
- Datos de salud

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Fdo:

Firmar en este recuadro **si autoriza**

**NO AUTORIZO** al Organo administrativo competente a obtener/ceder, de forma electronica o por otros medios, a esta Administracion Publica, otras Administraciones o Entes, de acuerdo con el articulo 6.2 b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio de Acceso Electronico de los Ciudadanos a los Servicios Publicos, en concreto los datos personales relacionados a continuacion, necesarios para la resolucio de este procedimiento/expediente/solicitud:

- Identidad
- Discapacidad
- Pensiones no contributivas
- Residencia
- Titulaciones Académicas
- Prestaciones por desempleo
- Información catastral
- Nivel de renta de contribuyente persona física
- Prestaciones del registro de Prestaciones Sociales Públicas, incapacidad temporal y maternidad
- Datos de nacimiento, matrimonio y defunción
- Datos de salud

**QUEDANDO OBLIGADO A APORTAR PERSONALMENTE LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo:

Firmar en este recuadro **si no autoriza**

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema; la cesión de los datos autorizados se ajustará a las normas de seguridad establecidas para tal fin. Todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre.



## INSTRUCCIONES

Presente con la solicitud todos los documentos que se indican, con ello evitará retrasos innecesarios.

**Si no presenta todos los documentos exigidos, se solicitará que los subsane en el plazo de 10 días. Transcurrido este plazo sin haberlos presentado, se considerará que desiste de su petición y se archivará el expediente.**

Se le recomienda consultar en su Centro de Servicios Sociales si vive en su domicilio o a los responsables del centro si vive en una residencia.

También puede informarse:

- Teléfono unico de información de la C.A.R.M. : 968 362000 o 012.

Página web: [http:// www.carm.es](http://www.carm.es)

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885\\$m&IDTIPO=100](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885$m&IDTIPO=100)

### DOCUMENTACIÓN OBLIGADA CON LA SOLICITUD INICIAL

Documento justificativo del pago de la tasa (código 0172) a nombre de la persona interesada

Certificado histórico de empadronamiento que acredite la residencia en territorio español durante cinco años, de los cuales dos serán inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud acreditando además el empadronamiento actual en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Original de Informe sobre las condiciones de salud, emitido en modelo normalizado por un profesional del sistema público de salud o del sistema de atención sanitaria que corresponda al solicitante.

En caso de no autorizar a que se realicen consultas a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a otros ficheros públicos para acreditar cuantos datos sean necesarios:

- Documento que acredite las pensiones que tiene reconocidas en el año actual.
- Copia íntegra de la declaración de los impuestos sobre la renta y patrimonio de las personas físicas correspondientes al año de la última declaración fiscal disponible.

En los casos que proceda:

- Menores de 18 años: Fotocopia Libro de Familia o partida de nacimiento en su defecto.
- Extranjeros Comunitarios: certificado del Registro Central de Extranjeros que acredite la fecha de inicio de la residencia en España.
- Extranjeros no comunitarios: certificado expedido por el órgano competente en materia de extranjería que acredite los periodos de residencia legal en España.

### OTROS DOCUMENTOS

- Certificado de Minusvalía/discapacidad. (Caso de haber obtenido la calificación por resolución de otra comunidad autónoma distinta a la de la Región de Murcia o, si se ha obtenido en la CARM, para el caso de no autorizar la consulta en ficheros públicos).
- Resolución del Reconocimiento de Gran invalidez.
- Declaración jurada de los ingresos percibidos en el año natural por los siguientes conceptos: pensiones compensatorias en caso de separación o divorcio, pensiones devengadas en el extranjero.
- Copia compulsada de la resolución judicial o del convenio regulador de la separación o divorcio o acreditativa de la tutela en el caso de personas incapacitadas.
- Tarjeta sanitaria

### DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR CON LA SOLICITUD DE REVISIÓN.

Si solicita revisión de grado y nivel de dependencia: nuevo informe de salud que acredite el agravamiento.

Si solicita modificación de las prestaciones reconocidas: deberá presentar la documentación exigida para la nueva prestación.



**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD DE TRASLADO DESDE OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA**

Certificado actualizado de empadronamiento en un municipio de la Región de Murcia.  
Copia de la solicitud de traslado realizada en la comunidad de origen (comunidad desde la que realiza el traslado)  
Documentación incluida en el apartado de Datos Económicos.  
En su caso:  
Resolución de grado y nivel de dependencia emitida por otra Comunidad Autónoma.  
Copia de la solicitud de cese de la prestación por traslado, dirigida a la Comunidad Autónoma de origen.

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTARSE JUNTO CON LA SOLICITUD, SI SOLICITA PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR**

- Número de Tarjeta de residencia legal del cuidador, en el supuesto de no tener nacionalidad española o del D.N.I. en su caso
- Documentación justificativa del parentesco existente entre el interesado y el cuidador (Libro de Familia). En caso de no poder aportar esta documentación, el interesado presentará declaración jurada de la relación de parentesco existente.
- Acreditación de estar empadronado en el mismo domicilio que la persona en situación de Dependencia y haberlo hecho durante el periodo previo de un año a la fecha de la presentación de la solicitud.
- En el caso de que no exista relación de parentesco hasta el tercer grado, deberá aportar certificado de empadronamiento del cuidador de al menos un año de antigüedad en el mismo municipio o en otro vecino.
- Compromiso del cuidador Incluido como Anexo I.
- Fotocopia del documento bancario en el que figure la persona dependiente, con su D.N.I., como titular de un código IBAN.

**INSTRUCCIONES PARA LA REPRESENTACIÓN DEL SOLICITANTE**

Si el solicitante es menor de edad deberá firmar la solicitud quien ostente la patria potestad o sea tutor legal, aportando DNI y señalando la casilla correspondiente en la solicitud.

Si el solicitante tiene sentencia de incapacitación judicial el tutor designado deberá firmar la solicitud y aportar copia de la sentencia y el DNI.  
El solicitante siempre podrá otorgar representación voluntaria para todos los actos de Dependencia a quien considere oportuno haciéndolo constar ante notario o mediante comparecencia del solicitante con su DNI en cualquier ventanilla única de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Si el solicitante tiene limitada su capacidad física, conservando su capacidad intelectual podrá firmar todas las solicitudes y escritos de la Dependencia con su huella dactilar debidamente diligenciada por funcionario público que actúe en el ejercicio de sus funciones y quien dará fe de ser la del solicitante.

Si el solicitante tiene disminuida gravemente su capacidad intelectual o cognitiva y no se ha procedido a su incapacitación judicial, podrá actuar con carácter provisional y excepcional, mediante Guardador de Hecho para lo cual el que actúe como tal deberá aportar el modelo de Guardador de hecho que se adjunta en el Anexo II y copia de su DNI y deberá comunicar en el Juzgado esta circunstancia.

En estos casos si en el expediente no constan los informes que pongan de manifiesto la existencia de ésta pérdida de la capacidad para obrar del solicitante, se deberá de acompañar un informe médico en el que conste la enfermedad o circunstancia que impida, limite o anule la capacidad del mismo.

Desde el 1 de enero de 2012, las solicitudes de dependencia, se encuentran gravadas por la tasa t-172.1. Para su autoliquidación e ingreso deberá dirigirse a las oficinas corporativas de atención al ciudadano (registros de las distintas consejerías así como las antiguas ventanillas únicas de los ayuntamientos de la región).

**AVISO:**

**TODA LA DOCUMENTACIÓN HA DE PRESENTARSE EN ORIGINAL O FOTOCOPIA COMPULSADA**



## Anexo I

### COMPROMISO DE LA PERSONA CUIDADORA

#### 1. CUIDADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DNI/NIF	PARENTESCO	FECHA DESDE QUE PRESTO LOS CUIDADOS

#### 2. PERSONA DEPENDIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIF
-----------------	------------------	--------	---------

#### 3. COMPROMISO

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto- Ley 3/2015, de 7 de octubre, por el que se modifican los requisitos de acceso a la prestación económica de Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores no profesionales del Sistema de la Dependencia así como la intensidad en su prestación y se regula la acreditación de las Comunidades Hereditarias para reclamar los atrasos devengados y no percibidos por la personas dependientes fallecidas,

**Declaro responsablemente,**

1. Ser cónyuge, pareja de hecho, tutor o persona designada, administrativa o judicialmente, con funciones de acogimiento, o bien ser pariente, por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco de la persona dependiente.
2. Convivir en el mismo domicilio que la persona dependiente.
3. Contar con la capacidad física, mental e intelectual suficiente para desarrollar adecuadamente por sí misma las funciones de atención y cuidado, así como no tener reconocida la situación de dependencia.
4. No estar vinculado/a a un servicio de atención profesionalizada

**Así mismo me comprometo,**

1. A asumir la atención y cuidado de la persona en situación de dependencia.
2. A realizar las acciones formativas que se me propongan, siempre que sean compatibles con el cuidado de las personas en situación de dependencia.
3. A facilitar el acceso de los servicios sociales de las Administraciones públicas competentes, a la vivienda de la persona en situación de dependencia con el fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias, previo consentimiento de la persona beneficiaria.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.:

(Firma de la persona cuidadora)

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud

- Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** Le informamos que los datos personales contenidos en este documento se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).



## Anexo II. GUARDADOR DE HECHO

D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ mayor

de edad, con DNI/NIE/ N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_

Calle/Avda./Plaza \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

a los efectos de poder representar a:

D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Con DNI/NIE/ PASAPORTE N<sup>o</sup> : \_\_\_\_\_

ante el órgano competente, en el expediente de reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

DECLARA bajo su responsabilidad:

1º) Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan:

---



---



---



---

2º) Que a su juicio dicha persona no tiene capacidad de autogobierno.

3º) Que el parentesco que me relaciona con el presunto incapaz es:

---

4º) Que, en el supuesto de que prospere la solicitud que tiene formulada en nombre de la persona indicada, asume la obligación de administrar los derechos que pudieran reconocerse con la debida diligencia y en interés de la misma. Asimismo se compromete a comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y familiares, ya que pueden tener incidencia en los derechos que en su caso se reconozcan.

5º) Que pondrá en conocimiento del órgano competente en materia de dependencia de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia del presunto incapaz, pueda acaecer en el futuro.

6º) Que queda informado de que la figura de guardador de hecho es provisional y excepcional, y de la necesidad de comunicar al juzgado dicha circunstancia.

### Adjuntar a este modelo copia del DNI/NIE DEL GUARDADOR

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.