

AÑO
20__

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)
 LEY FORAL 1/2011, de 15 de febrero, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la organización, las funciones
 y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra.

1. OBJETO DE LA SOLICITUD

1.1. Indique el objeto de su solicitud de **Valoración de la situación de dependencia**

- Valoración inicial
 Revisión por agravamiento y/o mejora de la situación de dependencia. En caso de que la valoración se le haya realizado fuera de Navarra indique en qué provincia: _____ y año _____
 No deseo que se realice una revisión de dependencia. En caso de que se le haya realizado una valoración fuera de Navarra indique en qué provincia: _____ y año _____

1.2. En relación al **derecho a las prestaciones del sistema**, marque una de las siguientes opciones:

- No** soy beneficiario de ninguna prestación y deseo acceder a las prestaciones del sistema
 Soy beneficiario de prestación y **Deseo cambiar de prestación**
 Soy beneficiario de prestación y **NO deseo cambiar de prestación**

Cumplimentar únicamente por el Trabajador Social:

1.3. Valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales según Orden Foral 3/2010, de 14 de enero

1.4. Solicito homologación con ATP o con Gran Invalidez

2. DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
Nº DNI /NIE /Pasaporte		Sexo		Estado Civil	
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Otros	
<i>Domicilio actual (lugar dónde debe realizarse la valoración de dependencia si fuera necesario)</i>					
Domicilio		Localidad		Provincia	Cód. Postal
Teléfono fijo		Teléfono móvil		E-mail	
Fecha Nacimiento	Lugar de Nacimiento		Provincia	Nacionalidad de origen	
¿Tiene la condición de emigrante español retornado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Nacionalidad	

3. DATOS DEL REPRESENTANTE (si procede)

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
Nº DNI /NIE /Pasaporte		Parentesco con el Beneficiario		Forma legal (adjuntar sentencia o modelo de declaración)	
				<input type="checkbox"/> Rep. Legal <input type="checkbox"/> Guardador Hecho <input type="checkbox"/> Rep. Voluntario	
Domicilio (Calle / Plaza)			Localidad		
Provincia	Cód. Postal	Fecha Nacimiento	Teléfono fijo	Teléfono móvil	



4. OTROS DATOS DEL SOLICITANTE (Domicilio a efectos de notificación)				
Domicilio (Calle / Plaza)				Localidad
Provincia	Cód. Postal	Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail

Si desea recibir información por SMS, indique su nº móvil _____ Si desea recibir llamadas informativas, indique su nº de teléfono _____

5. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR					
Relación Familiar	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.F	Fecha de Nacimiento
Cónyuge o relación análoga					

Régimen económico matrimonial: Conquistas o Gananciales Separación de bienes

En caso de que el cónyuge hubiera fallecido:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.F	Fecha de Nacimiento	Fecha de Fallecimiento

¿Otogó testamento? Sí No. Tipo de Testamento _____

MANIFIESTO

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
- Que me comprometo a cumplir las obligaciones establecidas en la normativa reguladora de la prestación/servicio.
- Que conozco que la ocultación o falsedad de los datos es motivo de pérdida de prestación sin perjuicio del reintegro y de las responsabilidades que pudieran derivarse.
- Que me comprometo a comunicar al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra en el plazo de 15 días, desde la fecha que ocurra, la variación de cualquier circunstancia o dato que figure en esta solicitud, o aquellas otras circunstancias que puedan dar lugar a modificación de la situación de dependencia, incluido el ingreso hospitalario o asistencial.

AUTORIZO

- Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra la verificación y consulta de ficheros públicos que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes para comprobar la concurrencia de los requisitos y circunstancias exigidos.
- Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra a comunicar datos contenidos en esta solicitud, a los solos fines históricos, estadísticos o científicos, a aquellas entidades de iniciativa social que desarrollen su actividad en el ámbito de la Comunidad Foral en colaboración técnica y/o económica con el citado Departamento, en las condiciones y con los límites establecidos en la normativa de protección de datos de carácter personal.
- De forma expresa y en exclusiva a los profesionales sanitarios del Equipo Técnico de Valoración de Dependencias, previsto en el artículo 4 de la Ley Foral 1/2011, de 15 de febrero por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la organización, las funciones y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra, a acceder a mi historia clínica en los términos y con los límites previstos en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de Derechos y Deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del Paciente, y con las garantías previstas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y su normativa de desarrollo.
- Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra el acceso al domicilio donde se prestan los cuidados.
- Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra a recabar datos de los ficheros de las Entidades financieras con las que exista un Convenio de Colaboración en vigor, para calcular la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con la Resolución de 13 de julio de 2012 y su normativa de desarrollo, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
- Que para el mismo objeto, autorizo expresamente a las citadas Entidades financieras a ceder datos al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. En caso de que el beneficiario o su representante no desee hacer esta autorización y prefiera aportar Certificación única de cada una de las entidades bancarias, que acredite patrimonio mobiliario, señálelo aquí

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firmado: _____

La información que se recaba en el presente documento es necesaria con el fin de tramitar la ayuda solicitada. No se realizará con los datos recogidos en esta solicitud ningún tratamiento o cesión que no esté amparada legalmente.

En cumplimiento del artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de la existencia del Fichero de Prestaciones y Servicios Sociales cuya finalidad es gestionar las ayudas y servicios demandadas al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, siendo esta entidad su organismo responsable y ante la cual podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los que la ley le faculta, remitiéndose para ello a la siguiente dirección, C/ González Tablas, nº 7. 31005. Pamplona.

SR./SRA. DIRECTORA GERENTE DE LA **AGENCIA NAVARRA DE AUTONOMÍA Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS**