Nº Expte:

SOLICITANTE:

Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a centros de atención para personas mayores

1.- La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

Servicio	Centro y domicilio	Tipo de plaza (pública/privada)	Aportación económica del usuario
☐ Teleasistencia			----------€/mes
☐ Ayuda a domicilio:	☐ Atención necesidades hogar ☐ Cuidados personales		Nº horas/mes:…… ----------€/mes
☐ Servicio Atención Diurna			Nº días/semana:…….. ----------€/mes
☐ Servicio Atención Residencial			----------€/mes
☐ Otros servicios (especificar):			----------€/mes

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por (señale sólo una opción):

☐ **SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES (Sólo Grados III y II)**

☐ **SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES**, compatible con

- ☐ **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO NO INTENSIVO (Sólo Grados III y II)**
- ☐ **TELEASISTENCIA**

El solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia debe cumplir con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder al servicio seleccionado.

3.- Datos del SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA MAYORES que se solicita como preferencia:

Tipo de Financiación: ○ Total ○ Parcial ○ Indiferente Utiliza silla de ruedas: ○ No ○ Sí	**Solicitud de plaza:** ○ Individual: ○ Hombre ○ Mujer ○ Conjunta: Nombre y Apellidos: DNI/NIE: Parentesco: F. Nacimiento: Sexo: ○ Hombre ○ Mujer
Zona preferencia (indicar del 1º al 3º): ☐ General (C.M.) ☐ Norte ☐ Sur ☐ Oeste ☐ Este ☐ Madrid capital	

En caso de no señalar ninguna opción, se entenderá que el tipo de financiación es total, la plaza solicitada individual y la zona de preferencia toda la Comunidad de Madrid.

4.- Datos del SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA MAYORES que se solicita como preferencia:

Utiliza silla de ruedas: ○ No ○ Sí	**Intensidad:** ○ Intensivo (de L a V) ○ No intensivo (2-3 días/ semana)
¿Está ya ingresado en algún centro se atención diurna? ○ No ○ Sí (○ Intensivo ○ No intensivo) **Si la respuesta es afirmativa, indique cuál:**	
Domicilio a efectos de adjudicación del Centro de Día: **Centro de servicios sociales de referencia:**	

En caso de no señalar ninguna opción, se entenderá que el servicio es intensivo.

Nº Expte:

SOLICITANTE:

5.- Prestación transitoria hasta la adjudicación de la plaza pública del servicio solicitado (marcar sólo una opción):

☐ **Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio**

(Cuando el solicitante se encuentre o desee ser atendido de forma privada en cualquier centro o recurso del catálogo a que tenga derecho en función del grado y nivel de dependencia reconocido)

Si selecciona esta opción, deberá adjuntar copia del contrato o recibo que justifique la contratación del servicio privado

☐ **Mantenerse con los actuales servicios/prestaciones**

6.- Entidad bancaria (*)**:**

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta

(*) En la cuenta aportada debe aparecer como **titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia**. La titularidad deberá acreditarse documentalmente

Con la firma de esta solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en esta cuenta corriente/libreta de ahorro las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, como pago de la estancia en un centro de atención residencial a personas mayores perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid.

7.- Declaraciones responsables del solicitante / representante:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud, así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En ……, a 15 de julio de 2025

FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE	FIRMA CÓNYUGE (si se solicita el servicio de atención residencial)

Con la firma, tanto la del solicitante como la de su cónyuge, se autoriza a la Comunidad de Madrid a realizar la consulta de sus datos personales necesarios para la tramitación de este procedimiento, a verificar los datos consignados con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.

FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL
(si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales)

Nombre y apellidos:
Tlfno. de contacto:

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

Imprimir Guardar