Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL

Comunidad de Madrid

Nº Expte:_____

SOLICITANTE:_____

Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a la prestación económica vinculada a un servicio o de asistencia personal

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

Servicio / Centro	Denominación / 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 de Atención Diurna:			Nº días / semana:…….. ----------€/mes
☐ Centro Ocupacional			Nº días / semana:…….. ----------€/mes
☐ Centro de Atención Temprana			Nº horas / mes:…… ----------€/mes
☐ Servicio de Atención Residencial:			----------€/mes
☐ Tratamientos ambulatorios			----------€/mes
☐ Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos			----------€/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 y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por la

☐ **PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA A CUALQUIER SERVICIO DEL CATÁLOGO** al que pueda tener derecho según el grado y nivel de dependencia que se reconozca:

○ **ATENCIÓN RESIDENCIAL**		
○ **ATENCIÓN DIURNA** compatible con	○ **SAD NO INTENSIVO (Grado II o III)**	○ **TELEASISTENCIA**
○ **AYUDA A DOMICILIO** compatible con	○ **TELEASISTENCIA**	
○ **PROMOCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL** compatible con	○ **SAD NO INTENSIVO**	○ **TELEASISTENCIA**

(Se podrá señalar más de una opción, siempre que los servicios sean compatibles entre sí, y el proveedor de todos ellos sea el mismo)

☐ **PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL,**

compatible con ○ **TELEASISTENCIA**

Nº Expte:_____

SOLICITANTE:_____

3.- Datos de la PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL:

D/Dª (beneficiario prestación)	
DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD (marque lo que proceda):	
☐ Que se compromete a no contratar como asistente personal a su cónyuge o persona con parentesco hasta el tercer grado (por consanguinidad o afinidad).	
☐ Que tiene contratados los servicios de asistencia personal con:	☐ Empresa acreditada (indicar):
	☐ Trabajador dado de alta en Régimen Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social
Que se compromete a destinar la prestación a la contratación de un asistente personal que facilite el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las ABVD.	

4.- 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**.

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.

5.- Documentación requerida:

Documentos que se acompañan a la solicitud	
Copia del contrato del servicio de atención acreditado o del servicio de asistencia personal	☐
La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y aporto documento
NIF/NIE del asistente personal	☐

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

6.- 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.

Nº Expte:_____

SOLICITANTE:_____

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 03 de julio de 2025

FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE	FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL (si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales)
FDO:	**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