Nº Expte:_____

SOLICITANTE:_____

Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar

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 / emana:…….. ----------€/mes
☐ Centro Ocupacional			Nº días / semana:…….. ----------€/mes
☐ Centro de Atención Temprana			Nº horas / mes:…… ----------€/mes
☐ Servicio de atención residencial:			----------€/mes
☐ Tratamientos ambulatorios			Nº horas/ semana:…….. ----------€/mes
☐ Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (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 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 PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES**, compatible con

☐ **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 a esta prestación. Asimismo, será preciso que los Servicios Sociales de Atención Social Primaria propongan dicha prestación al no ser posible el reconocimiento de un servicio adecuado a sus necesidades.

No olvide adjuntar el **anexo del cuidador** debidamente firmado y cumplimentado.

Nº Expte:_____

SOLICITANTE:_____

3.- 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.

Autorizo a la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas.

En ……, a 11 de julio de 2025

FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE
FDO:

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