



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.

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

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
DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE. (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 traslado consigne aquí el domicilio al que se traslada.			
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	CODIGO POSTAL
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

TELEFONO DE CONTACTO: 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.

TELEFONO MOVIL: Autorizo el envío de comunicaciones vía SMS desde la Oficina de la Dependencia al Teléfono

Teléfono fijo:

móvil:

TFNO MOVIL:

firma autorización:

TITULAR O BENEFICIARIO DE : (indicar cual)

Nº DE AFILIACIÓN

S. SOCIAL MUFACE ISFAS OTRO REGIMEN

¿TIENE RECONOCIDO GRADO DE MINUSVALÍA?

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 PROVINCIA

(Deberá aporta documentación acreditativa cuando haya sido calificado en otra Comunidad Autónoma como minusválido/persona con discapacidad)

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

(En caso afirmativo deberá aportar con la solicitud copia compulsada de la resolución de reconocimiento de Gran Invalidez)

DATOS DE LA PERSONA QUE LE REPRESENTA

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 la persona que ejerza su guarda y custodia.

En los casos en los que se actúe a través de representante legal deberá acreditarse la representación con la que actúa por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna (poder notarial, escrito de representación firmado por el dependiente y representante) o mediante declaración en comparecencia personal.

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

En los casos debidamente justificados y documentados la Oficina de la Dependencia podrá admitir como representación al Guardador de Hecho

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 o tutor de menor de 18 años		<input type="checkbox"/>	
Como representante legal	<input type="checkbox"/>	Como representante judicial	<input type="checkbox"/>

2- 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 _____

II. CAPACIDAD ECONOMICA

1. PENSIONES EXENTAS DE IRPF

Tipo de pensión o prestación que recibe	Indique cual: INSS, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, Clases pasivas	Año en curso (cuantía mensual x nº de pagas)	Año anterior (cuantía mensual x nº de pagas)
Pensión no contributiva <input type="checkbox"/>			
Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (LISMI) <input type="checkbox"/>			
Gran Invalidez <input type="checkbox"/>			
Incapacidad absoluta <input type="checkbox"/>			
Orfandad <input type="checkbox"/>			
Prestaciones por hijo a cargo <input type="checkbox"/>			
Otras prestaciones sociales exentas de IRPF <input type="checkbox"/>			
Otros ingresos (pensiones devengadas en el extranjero, etc) <input type="checkbox"/>			

2. RENTAS Y PENSIONES NO INCLUIDAS EN EL APARTADO ANTERIOR

¿TIENE INGRESOS O RENTAS PROPIAS DERIVADAS DEL TRABAJO, DEL CAPITAL, DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS, DE PENSIONES COMPENSATORIAS O DE PRESTACIONES DE ORGANISMOS PÚBLICOS?
 SI NO

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	EMPRESA/ORGANISMO/ PERSONA

3. PATRIMONIO

¿ES TITULAR DE BIENES Y DERECHOS DE CONTENIDO ECONÓMICO, EXCLUYENDO LA VIVIENDA HABITUAL?

SI NO

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUE:

BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD

CONCEPTO	MUNICIPIO	VALOR	CARGAS

4 RELACION DE DISPOSICIONES PATRIMONIALES

En este apartado se señalaran aquellas disposiciones patrimoniales (ventas, donaciones...) a favor de su cónyuge, persona de análoga relación de afectividad o parientes hasta el cuarto grado inclusive. De cada concepto recogido en este apartado se señalará: identificación del bien, derecho, renta o deuda, importe y destinatario (nombre, apellidos, DNI y relación de parentesco) y fecha en la que se realizó.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2007 (Disposición Adicional Quinta) declaro que en los cuatro años anteriores he realizado las siguientes disposiciones patrimoniales:				
III 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 <input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO <input type="checkbox"/>				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:	
Debe presentar el anexo 1 de esta solicitud: Datos económicos y autorización del cónyuge o pareja de hecho.				
Si el cónyuge o pareja de hecho ha fallecido indique la fecha de fallecimiento: _____				
ASCENDIENTES O HIJOS MENORES O HIJOS MAYORES DE 25 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE DEPENDAN ECONOMICAMENTE DEL SOLICITANTE (Incluidos los menores de edad que se encuentren en situación de acogimiento declarado por resolución judicial o administrativa)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:	F. DE NACIMIENTO:
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:	F. DE NACIMIENTO:
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:	F. DE NACIMIENTO:
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:	F. DE NACIMIENTO:
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:	F. DE NACIMIENTO:
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:	F. DE NACIMIENTO:

IV. ATENCION QUE RECIBE ACTUALMENTE

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

NOMBRE DEL CENTRO DONDE RECIBE LA ATENCIÓN : _____

DIRECCIÓN DEL CENTRO: _____

FECHA DE INGRESO EN EL CENTRO: _____

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

CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR (Señale los DATOS DEL CUIDADOR y cumplimentar el Anexo II)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIF/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	Nº AFILIACIÓN S.S.	NACIONALIDAD
DOMICILIO			TFNO
LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	C.P:

¿TIENE OBLIGACIÓN DE SUSCRIBIR CONVENIO ESPECIAL CON SEGURIDAD SOCIAL? SI NO
(Si ha contestado que NO especifique en cual de las siguientes causas de no suscripción del convenio especial se encuentra)

1) DE ALTA EN SEGURIDAD SOCIAL. Y COTIZACIÓN DE ACTIVO 2) DE ALTA EN DESEMPLEO

3) PENSIONISTA 4) EN PERIODO DE EXCEDENCIA COMPUTANDO COMO COTIZADO

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE (PARENTESCO)	FECHA DE RESIDENCIA EN LA LOCALIDAD	¿CONVIVE CON EL SOLICITANTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DEDICACIÓN PARCIAL <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

V. 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, excepto el Servicio de Teleasistencia y el 25% de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno que deben marcarse con una X (al ser compatibles).

PRESTACIONES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA QUE SE SOLICITAN (GRADOS III Y II)

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 Diurna
- Atención Residencial
- SERVICIO DE TELEASISTENCIA
- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
- SERVICIO DE CENTRO DE DIA O NOCHE
- SERVICIO DE ATENCION RESIDENCIAL
(SERVICIO DE ATENCION RESIDENCIAL SE PRESTARÁ EN EL ÁMBITO REGIONAL).
NO OBSTANTE , INDIQUE MUNICIPIO DE PREFERENCIA _____

PRESTACIONES ECONÓMICAS

- PRESTACION ECONOMICA DE ASISTENCIA PERSONAL (sólo Grado III)
- PRESTACION ECONOMICA VINCULADA AL SERVICIO DE:
- Residencia
- Centro de Día
- Ayuda a Domicilio
- Promoción de la Autonomía
- COMPATIBILIDAD DEL 25 % DE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR (Marque sólo cuando se solicite Centro de Día, no podrá entonces solicitar Teleasistencia). Sólo Grado III y Grado II, nivel 2.
- PRESTACION ECONOMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar sólo se reconocerá si consta acreditado que los cuidados hayan sido prestados con carácter previo a la solicitud. No se podrá ser cuidador de más de dos dependientes. Una persona dependiente, en cualquiera de los grados y niveles establecidos en la Ley, no podrá ser cuidador. El cuidador no podrá estar vinculado por relación contractual con el dependiente.

PRESTACIONES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA QUE SE SOLICITAN (GRADO I)

SERVICIOS:

- TELEASISTENCIA
- SERVICIO DE CENTRO DE DIA
- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
- SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE:
- Servicios de Habilitación, Estimulación, Mantenimiento y Recuperación
- Servicio de Atención Temprana (0 a 6 años)
- Servicio de Vivienda Tutelada

PRESTACIONES ECONÓMICAS:

- AYUDA ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO DE:
- Servicio de Centro de Día
- Servicio de Ayuda a Domicilio
- Servicio de Promoción de la Autonomía
- PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR
(Sólo se podrá solicitar cuando no haya servicios públicos o privados en su zona, el cuidador principal conviva y éste empadronado en el mismo domicilio de la persona dependiente, además de cumplir con las condiciones descritas para los grados III y II).

VI. DATOS PARA EL ABONO DE LA PRESTACIÓN

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

NÚMERO CÓDIGO CUENTA CLIENTE (20 DÍGITOS)

NOMBRE DEL BANCO O CAJA DE AHORROS

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

QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR a la Oficina para la Dependencia 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).

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

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, y por tanto los aporto.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firmar en este recuadro **si autoriza**

En _____ a _____ de _____ de _____

Firmar en este recuadro **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; 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 diciembre, de protección de datos de carácter personal

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 presentados, 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: 968 200703. Servicio de información de la Oficina para la Dependencia

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

[http://www.carm.es/newweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCONTENIDO=5878&IDTIPO=100&RASTRO=c885\\$m](http://www.carm.es/newweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCONTENIDO=5878&IDTIPO=100&RASTRO=c885$m)

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR CON LA SOLICITUD INICIAL

- Fotocopia DNI/NIE/ del solicitante en vigor
- Certificado 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.
- Certificado actualizado de empadronamiento en un municipio de la Región de Murcia
- Cartilla de la seguridad social o tarjeta sanitaria
- 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:

- Fotocopia DNI/NIE/ en vigor del representante.
- Documento que acredite la representación con la que se actúa: poder notarial, escrito de representación firmado por el interesado y su representante, o diligencia de representación por comparecencia personal ante funcionario de la Administración.
- Fotocopia Libro de Familia (menores de 18 años)

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 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.

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:

- DNI/NIE/ en vigor del cuidador.
- Tarjeta de residencia legal del cuidador, en el supuesto de no tener nacionalidad española.
- 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.
- Certificado de empadronamiento del cuidador familiar acreditativo de residir en la Región de Murcia.
- 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 de prestar el cuidado y la atención de forma adecuada y continuada durante un periodo mínimo de un año.
- Fotocopia del documento bancario en el que figure la persona dependiente como titular y el código cuenta cliente (20 dígitos).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE CUANDO SE LE RECONOZCA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR.

- Acreditación de que el cuidador principal ha suscrito el convenio especial con la Seguridad Social, en los casos en que venga obligado a ello.

Anexo I: Datos económicos y autorización del cónyuge o pareja de hecho

Deberá cumplimentarse cuando la unidad familiar, a efectos del cómputo de ingresos del solicitante, incluye cónyuge o pareja de hecho.

1. Cuando el régimen económico sea el de gananciales, el cónyuge debe firmar esta autorización.
2. En caso de separación de bienes o pareja de hecho, si depende económicamente de la persona dependiente, debe firmar esta autorización, con el fin de que pueda computarse como carga familiar.

1. Régimen económico en caso de matrimonio.

• **Régimen de gananciales**

• **Régimen de separación de bienes**

En este caso deberá presentar documento acreditativo de separación de bienes.

2. Pensiones que percibe el cónyuge o pareja de hecho.

Tipo de pensión o prestación que recibe	Indique cual: INSS, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, Clases pasivas	Año en curso (cuantía mensual x nº de pagas)	Año anterior (cuantía mensual x nº de pagas)
Pensión no contributiva <input type="checkbox"/>			
Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (LISMI) <input type="checkbox"/>			
Gran Invalidez <input type="checkbox"/>			
Incapacidad absoluta <input type="checkbox"/>			
Orfandad <input type="checkbox"/>			
Prestaciones por hijo a cargo <input type="checkbox"/>			
Otras prestaciones sociales exentas de IRPF. <input type="checkbox"/>	Indique cual		
Otros ingresos (pensiones devengadas en el extranjero, etc) <input type="checkbox"/>	Indique cual		

Cónyuge o pareja de hecho: _____

D/Dª _____, provisto con DNI/NIE N° _____,

<p>AUTORIZO a que se realicen consultas a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a otros ficheros públicos para acreditar cuantos datos sean necesarios.</p> <p>En _____ a _____ de _____</p> <p>Firma del cónyuge o pareja de hecho si autoriza</p>	<p>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.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>Firma del cónyuge o pareja de hecho si no autoriza</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Anexo II. 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
<p>Conforme a la Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia me comprometo a “ tener disponibilidad para prestar el cuidado y atención de forma adecuada y continuada durante un periodo mínimo de 1 año, excepto que por circunstancias sobrevenidas e imprevisibles no pueda completar este periodo”.</p> <p style="text-align: right;">En _____, a ____ de _____ de 20__</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p> <p style="text-align: center;">(Firma de la persona cuidadora)</p>

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 obran 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 dela Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).