



Castilla-La Mancha

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE EL PATRIMONIO DE CARÁCTER MOBILIARIO.

(Solicitud de Reconocimiento de la Situación de Dependencia y del Derecho a las Prestaciones del SAAD en Castilla-La Mancha)

Persona solicitante:

Yo, D/D^a, con DNI, y domicilio en, localidad, PROVINCIA,;, en calidad de solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de Castilla-La Mancha.

Datos del Representante Legal / Guardador de hecho *(táchese lo que no proceda):*

D....., con DNI, y domicilio en, localidad, PROVINCIA....., en calidad de REPRESENTANTE LEGAL/GUARDADOR DE HECHO *(táchese lo que no proceda)* de la persona anteriormente citada.

DECLARO:

- Que los certificados bancarios que apporto a la presente declaración responsable sobre el **Saldo Medio del último año fiscal de mi patrimonio mobiliario**, corresponden a la totalidad de mis cuentas bancarias, y que no dispongo de otros bienes patrimoniales mobiliarios que los que adjunto.
- Que no he realizado donación de bienes propios de contenido patrimonial, ni mobiliario ni inmobiliario durante los últimos cuatro años.

Nota informativa: *Cualquier falsificación u ocultación de la información solicitada podrá dar lugar a la suspensión temporal o definitiva de la prestación del servicio o a la devolución de las cantidades percibidas indebidamente, la no concesión de las prestaciones del SAAD o a la extinción de las mismas en caso de que ya fueran perceptores, en virtud de lo establecido en el artículo 31.9 de la Orden de 23/12/2010 de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del SAAD en Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable.*

Y para que así conste lo firmo

En, a, de de 201....

La persona solicitante / Repte Legal / Guardador de hecho

ILMO SR. DELEGADO PROVINCIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE



Castilla-La Mancha

CERTIFICADO BANCARIO.

1.- DATOS PERSONALES.

Titulares:

Nombre y dos apellidos:

Nombre y dos apellidos:

Domicilio:

Calle:

Población: Código Postal:

Provincia:

2.- FECHA DE LA SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SAAD EN CASTILLA-LA MANCHA:

3.- DATOS RELATIVOS AL PATRIMONIO MOBILIARIO (DATOS BANCARIOS).

Banco:

Agencia:

Saldo medio del último año previo a la fecha de la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia en caso de cuentas o depósitos o su valor al final del trimestre natural anterior a esta fecha en otros casos:

.....

Número/s de cuenta/s:

Saldo:

.....
.....
.....
.....

Fecha:

(Firma y sello del banco)

ACUERDO DE INCORPORACIÓN /MODIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO

D/Dña _____ con D.N.I. _____
Domicilio en C/ _____ CP _____
Localidad _____ Provincia _____

O en su caso:

D/Dña _____ con D.N.I. _____
Domicilio en C/ _____ CP _____
Localidad _____ Provincia _____
Como representante (Guardador de hecho o representante legal) de D/Dña

_____ con DNI _____

Comparece al objeto de ser informado/a de:

- Que en virtud del artículo 29 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las persona en situación de dependencia, se tiene en cuenta su participación con e objeto de fijar la prestación y/o servicio más adecuados en su Programa Individual de Atención, estableciéndose en su caso la prestación de Ayuda a Domicilio con las siguientes características:

A) INCORPORACIÓN A LA PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO EN EL MARCO DEL SISTEMA PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Características:

- Nº de horas semanales totales a prestar (Lunes a viernes + fines de semana):
- Días de atención:
 - Lunes a viernes
 - Fines de semana y festivos
 - Turno
 - Mañana
 - Tarde
 - Noche
- Horas/sem. para atención personal _____ horas/sem. para tareas domésticas _____

B) MODIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO EN EL MARCO DEL SISTEMA PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (especificar la nueva propuesta)

Características:

- Nº de horas semanales totales a prestar (Lunes a viernes + fines de semana):
- Días de atención:
 - Lunes a viernes
 - Fines de semana y festivos
 - Turno
 - Mañana
 - Tarde
 - Noche
- Horas/sem. para atención personal _____ horas/sem. para tareas domésticas _____
- Que se aplicará el porcentaje de precio público según la Ordenanza municipal en vigor.

Ante esta prestación de Ayuda a Domicilio, manifiesto:

<input type="checkbox"/> Estar de acuerdo con las condiciones anteriormente indicadas
<input type="checkbox"/> No estar de acuerdo con las condiciones anteriormente indicadas, proponiendo las siguientes modificaciones

Y para que así conste y surta efectos oportunos, se firma por ambas partes.

En _____, a ___ de _____ de 201__

Fdo: _____

Fdo: _____