





## B. ATENCIONS NECESSÀRIES

**Intensitat d'atencions** Segons nivell dependència:  Baixa  Mitjana  Alta

### Cures especials

- Cal practicar-li cures que poden fer els cuidadors del centre o familiars entrenats
- Cal practicar-li habitualment cures que ha de fer un professional sanitari
- Porta sonda vesical, sonda nasogàstrica, col·lector per ostomia

## VALORACIÓ GLOBAL

### Preferència persona/família

- Continuar al mateix centre
- Canvi de centre
  - Centre/Unitat especialitzat/ada  Més proximitat
  - Centre amb suport públic
- Tornar al domicili amb suport

### Proposta del/de la professional

- Continuar al mateix centre
- Canvi de centre
  - Centre/Unitat especialitzat/ada  Més proximitat
  - Centre amb suport públic
- Tornar al domicili amb suport

## PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Nom i cognoms:  
Servei/Dependència:  
Correu electrònic:

Telèfon:  
Municipi:  
CP:

**Signatura del/de la professional i segell**



## ACORD PIA

### 1. DADES PERSONALS

Nom i cognoms:	NIF:	Data naixement:	/	/	/
Núm. expedient:	Data registre sol·licitud:	/	/	Data de la resolució:	/
Puntuació:	Grau:	Nivell:	Data defunció:	/	/

### 2. PROPOSTA DE PRESTACIONS, SERVEIS I COPAGAMENT DEL SCAAD

PROPOSTA DE PRESTACIÓ DE SERVEI		Aportació usuari/ària	Nou Servei	Continuïtat	Data efectivitat
<input type="checkbox"/>	Servei atenció domiciliària. Hores/mes:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Teleassistència		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Centre de dia / Centre ocupacional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Centre residencial social / Llar residència		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	P.A.P a C.S.S: <input type="checkbox"/> llarga Estada <input type="checkbox"/> H. de dia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROPOSTA DE PRESTACIÓ ECONÒMICA		Cost plaça	Aportació pública	Nova prestació	Data efectivitat
<input type="checkbox"/>	Prest. econòmica vinculada al servei de Residència			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prest. econòmica vinculada a Centre de dia			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prest. econòmica vinculada a SAD. Hores/mes:			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cuidador no professional			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Assistent Personal: <input type="checkbox"/> acompanyament <input type="checkbox"/> suport personal			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Es proposa prestació econòmica addicional. Quantia: euros/ mes.				
<input type="checkbox"/>	Accepto endossament de la prestació econòmica al centre: Codi F:				
<input type="checkbox"/>	Accepto participació en Programa de formació				

### 3. BAIXES I MODIFICACIONS PRESTACIONS SISTEMA PÚBLIC SERVEIS SOCIALS

SERVEIS I PRESTACIONS ECONÒMIQUES QUE JA TENIA	Causa baixa SPSS	Es manté a SPSS	Data efectivitat
<input type="checkbox"/> Servei residencial social/ Llar residència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prestació servei residencial a Centre col·laborador (AR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Servei de centre de dia/ Centre ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prestació servei de dia a Centre col·laborador (AR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> P.A.P C.S.S: <input type="checkbox"/> Llargada <input type="checkbox"/> H. de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Servei d'atenció domiciliària. Hores/mes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Suport econòmic (viure en família)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PUA Assistència domiciliària	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PUA Assistent personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Altres. Especificar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 4. SERVEIS PÚBLICS/CONCERTATS/PRIVATS ALS QUE HAURIA D'ACCEDIR QUAN HI HAGI DISPONIBILITAT

Àmbit: <input type="checkbox"/> Gent gran <input type="checkbox"/> Discapacitat/a <input type="checkbox"/> Salut mental <input type="checkbox"/> Altres			
<input type="checkbox"/> Servei d'atenció domiciliària	<input type="checkbox"/>	Centre de dia: <input type="checkbox"/> Propi/concertat <input type="checkbox"/> Plaça col·laboradora <input type="checkbox"/> Plaça privada	
<input type="checkbox"/> Teleassistència	<input type="checkbox"/>	Centre residencial social: <input type="checkbox"/> Propi/concertat <input type="checkbox"/> Plaça col·laboradora <input type="checkbox"/> Plaça privada	

### 5. ACORD

En _____, en qualitat de _____ he estat informat i: <input type="checkbox"/> Sí, estic d'acord amb la proposta <input type="checkbox"/> No estic d'acord
Motiu:

### PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Nom i cognoms:	Telèfon:
Servei/dependència:	Municipi: CP:
Data acord: / /	Periodicitat proposada per al seguiment: cada mesos

Signatura del/de la professional i segell

Nom i signatura de l'interessat/ada o repr. legal



# MODIFICACIÓ ACORD PIA

## 1. DADES PERSONALS

Nom i cognoms:	NIF:	Data naixement:	/	/	/
Núm. expedient:	Data registre sol·licitud:	/	/	Data de la resolució:	/
Puntuació:	Grau:	Nivell:	Data defunció:	/	/

## 2. BAIXES I MODIFICACIONS PRESTACIONS I SERVEIS SISTEMA CATALÀ D' ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

PROPOSTA DE PRESTACIÓ DE SERVEI		NOU ACORD PIA					
		Aportació usuari/ària	Nou Servei	Conti nuïtat	Baixa	Data efectivitat	
<input type="checkbox"/>	Servei atenció domiciliària. De h/mes a h/mes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Teleassistència		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Centre de dia / Centre ocupacional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Centre residencial social / Llar residència		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	P.A.P a C.S.S: <input type="checkbox"/> Llargada estada <input type="checkbox"/> H. de dia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PROPOSTA DE PRESTACIÓ ECONÒMICA		Cost plaça	Aportació pública	Nova prestació	Conti nuïtat	Baixa	Data efectivitat
<input type="checkbox"/>	Prest. econòmica vinculada al servei de Residència			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prest. econòmica vinculada a Centre de dia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prest. econòmica vinculada a SAD. Hores/mes:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cuidador no professional			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Assistent Personal: <input type="checkbox"/> acompanyament <input type="checkbox"/> suport personal			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Es proposa prestació econòmica addicional. Quantia: euros/ mes. Data efecte:						
<input type="checkbox"/>	Accepto endossament de la prestació econòmica al centre: Codi F:						
<input type="checkbox"/>	Accepto participació en Programa de formació						

## 3. BAIXES I MODIFICACIONS PRESTACIONS SISTEMA PÚBLIC SERVEIS SOCIALS

SERVEIS I PRESTACIONS ECONÒMIQUES QUE JA TENIA		Causa baixa SPSS	Es manté a SPSS	Data efectivitat
<input type="checkbox"/>	Servei residencial social/ Llar residència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prestació servei residencial a Centre col·laborador (AR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Servei de centre de dia/ Centre ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prestació servei de dia a Centre col·laborador (AR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	P.A.P C.S.S: <input type="checkbox"/> Llargada estada <input type="checkbox"/> H de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Servei d'atenció domiciliària. Hores/mes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Suport econòmic (viure en família)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	PUA Assistència domiciliària	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	PUA Assistent personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Altres. Especificar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 4. SERVEIS PÚBLICS/CONCERTATS/PRIVATS ALS QUE HAURIA D'ACCEDIR QUAN HI HAGI DISPONIBILITAT

Àmbit: <input type="checkbox"/> Gent gran <input type="checkbox"/> Discapacitat/a <input type="checkbox"/> Salut mental <input type="checkbox"/> Altres	
<input type="checkbox"/> Servei atenció domiciliària	<input type="checkbox"/> Centre de dia: <input type="checkbox"/> Propi/concertat <input type="checkbox"/> Plaça col·laboradora <input type="checkbox"/> Plaça privada
<input type="checkbox"/> Teleassistència	<input type="checkbox"/> Centre residencial social: <input type="checkbox"/> Propi/concertat <input type="checkbox"/> Plaça col·laboradora <input type="checkbox"/> Plaça privada

## 5. ACORD

En \_\_\_\_\_, en qualitat de \_\_\_\_\_ he estat informat i:  Sí accepto aquesta proposta d'acord  No estic d'acord

Motiu: \_\_\_\_\_

## PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Nom i cognoms:	Telefón:
Servei/dependència:	Municipi: CP:
Data nou acord: / /	Data acord anterior: / /
Periodicitat proposada per al seguiment: cada _____ mesos	

Signatura del/de la professional i segell

Nom i signatura de l'interessat/ada o repr. legal



Núm. expedient:

NIF:

## RENÚNCIA AL PIA

### 1. SOL·LICITANT

En/Na amb el NIF domiciliat/ada al municipi de , carrer , número ,  
telèfon i amb número d'expedient , amb resolució de reconeixement de la situació de  
dependència de data amb un grau i nivell

**RENUNCIO** a l'elaboració del Programa individual d'atenció, i per tant, a qualsevol prestació i/o servei  
que en aquest moment es pogués derivar d'aquest.

Aquesta renúncia es pot revisar amb motiu que variï la meva situació sense necessitat d'iniciar el  
procés de sol·licitud i valoració.

### 2. TREBALLADOR/A SOCIAL

En/Na treballador/a social, que presto els meus serveis a telèfon ,fax  
carrer , número municipi , districte/codi postal i adreça electrònica .

#### COMUNICO QUE

El/ la senyor/a , ha renunciat al PIA.

#### SITUACIÓ

Persona beneficiària de les prestacions del Sistema Públic de Serveis Socials. Està rebent i vol  
mantenir:

Tipus de servei/ prestació Aportació Administració

Tipus de servei/ prestació Aportació Administració

Persona no beneficiària cap programa Sistema Públic de Serveis Socials.

#### MOTIU

### 3. SERVEIS PÚBLICS/CONCERTATS/PRIVATS ALS QUE HAURIA D'ACCEDIR QUAN HI HAGI DISPONIBILITAT

Àmbit: <input type="checkbox"/> Gent gran <input type="checkbox"/> Discapacitat/a <input type="checkbox"/> Salut mental <input type="checkbox"/> Altres	
<input type="checkbox"/> Servei d'atenció domiciliària	<input type="checkbox"/> Centre de dia: <input type="checkbox"/> Propi/concertat <input type="checkbox"/> Plaça col·laboradora <input type="checkbox"/> Plaça privada
<input type="checkbox"/> Teleassistència	<input type="checkbox"/> Centre residencial social: <input type="checkbox"/> Propi/concertat <input type="checkbox"/> Plaça col·laboradora <input type="checkbox"/> Plaça privada

### PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Signatura del/de la professional i segell

Signatura persona sol·licitant o persona representant

, d'/de de 200



## PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

### Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SCAAD

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. expedient:

Data registre de la sol·licitud:

#### **A. RESERVA DE SERVEI PÚBLIC D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA (ADMINISTRACIÓ LOCAL)**

Nom de l'entitat local (Ajuntament/Consell Comarcal):	
Nom responsable:	Càrrec:
Departament:	
Adreça:	Telèfon:
Població:	CP:

SERVEI D'AJUDA DOMICILIÀRIA	Data previsible per a l'inici del servei (1)	Ordre llista d'espera (2)	Ja utilitza el servei	Data (*)
<input type="checkbox"/> Atenció personal - TF: hores/mes:			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Atenció a la llar - hores/mes:			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Servei de Teleassistència			<input type="checkbox"/>	

Data	Signatura i segell
------	--------------------

(1)

Cal que l'Administració local emplei aquesta reserva quan estigui en disposició de prestar el servei en una data no superior a un mes a partir de la data de l'acord del PIA.

(2)

Cal que l'Administració local emplei aquest apartat quan NO estigui en disposició de prestar el servei en una data no superior a un mes a partir de la data de l'acord del PIA i es consideri que aquest seria el servei al qual hauria d'accedir quan n'hi hagi disponibilitat.

(\*) Si és un servei que ja utilitza, data en que va iniciar el servei.



## PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

### Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SCAAD

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. expedient:

Data registre de la sol·licitud:

#### B. RESERVA DE SERVEI PÚBLIC DE CENTRE

*(CENTRES PROPIS I PLACES CONCERTADES I COL·LABORADORES)*

Nom del/de l' centre/servei/empresa:		Càrrec:	
Nom del/de la representant legal / responsable:		Codi centre: F	
CIF:	Núm. registre : S	Àmbit: <input type="checkbox"/> Gent gran <input type="checkbox"/> Persona amb Discapacitat <input type="checkbox"/> Salut mental <input type="checkbox"/> Altres	
Adreça:		CP :	
Població:		Adreça electrònica:	
Telèfon:			

SERVEI QUE CAL PRESTAR	Data previsible per a l'inici del servei (1)	Data incorporació a llista d'espera (2)	Ja utilitza el servei	Data Si es un servei que ja utilitza, data en que va iniciar el servei
<input type="checkbox"/> Plaça residencial <input type="checkbox"/> Centre propi /concertat <input type="checkbox"/> Centre col·laborador <input type="checkbox"/> Centre subvencionat o amb conveni (3) <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporal / mesos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> P.A.P a CSS	-----	-----	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Centre de dia/ centre d'atenció diürna <input type="checkbox"/> Centre propi /concertat <input type="checkbox"/> Centre col·laborador <input type="checkbox"/> Centre subvencionat o amb conveni (3) Dies/mes: <input type="checkbox"/> Mitja jornada <input type="checkbox"/> Completa			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> P.A.PH. de dia a CSS	-----	-----	<input type="checkbox"/>	

Data	Signatura i segell
------	--------------------

(1)

Cal que l'Entitat empleni aquesta reserva quan estigui en disposició de prestar el servei en una data no superior a un mes a partir de la data de l'acord del PIA.

(2)

Cal que l'Entitat empleni aquest apartat quan NO estigui en disposició de prestar el servei en una data no superior a un mes a partir de la data de l'acord del PIA i es consideri que aquest es el servei al que hauria d'accedir quan n'hi hagi disponibilitat.

(3)

Només centres per persones amb Discapacitat i salut mental.



## PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. expedient:

Data registre de la sol·licitud:

### C. IDENTIFICACIÓ I COMPROMÍS D'EMPRESA EN CAS DE PRESTACIÓ ECONÒMICA VINCULADA A UN SERVEI *-PLACES PRIVADES-*

Nom del/de l' centre/servei/empresa:		Càrrec:	
Nom del/de la representant legal / responsable:			
CIF:	Núm. registre : S	Codi centre: F	
	Àmbit: <input type="checkbox"/> Gent gran	<input type="checkbox"/> Persona amb Discapacitat	<input type="checkbox"/> Salut mental <input type="checkbox"/> Altres
Adreça:		CP:	
Població:		Adreça electrònica:	
Telèfon:			

SERVEI QUE CAL PRESTAR	Data previsible per a l'inici del servei (1)	Data incorporació a llista d'espera (2)	Ja utilitza el servei	Si és un servei que ja utilitza, <b>data</b> en que va iniciar el servei	Cost mensual plaça /servei
<input type="checkbox"/> <b>Residència : estada permanent</b>					
<input type="checkbox"/> Plaça privada en <u>residència col·laboradora</u>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Plaça privada en <u>residència privada</u>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Plaça privada <u>llarga estada CSS</u>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <b>Residència : estada temporal. Mesos:</b>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <b>Centre de dia</b>					
Dies/mes: <input type="checkbox"/> Mitja jornada <input type="checkbox"/> Completa					
<input type="checkbox"/> Plaça privada en centre col·laborador			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Plaça privada en centre privat			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Plaça privada H. de dia CSS			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <b>Servei d'ajuda a domicili. Hores/mes</b>			<input type="checkbox"/>		

Data	Signatura i segell
------	--------------------

(1)

Caldrà emplenar aquest apartat quan s'opti per la prestació econòmica vinculada a un servei.

L'ha d'emplenar qualsevol empresa registrada que la persona/família triï perquè li presti el servei en una data no superior a un mes a partir de la data de l'acord del PIA.

(2)

Cal que l'Entitat empleni aquest apartat quan NO estigui en disposició de prestar el servei en una data no superior a un mes a partir de la data de l'acord del PIA i es consideri que aquest es el servei al que hauria d'accedir quan n'hi hagi disponibilitat.



## PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

### RENÚNCIA A LA RESERVA DE SERVEI O CENTRE

#### 1. SOL·LICITANT

En/Na \_\_\_\_\_ amb el NIF \_\_\_\_\_ domiciliat/ada al municipi de \_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, telèfon \_\_\_\_\_ i amb número d'expedient \_\_\_\_\_, amb resolució de reconeixement de la situació de dependència de data \_\_\_\_\_ amb un grau \_\_\_\_\_ i nivell \_\_\_\_\_

**RENUNCIO** a la plaça que tinc reservada en aquest servei o centre del Programa individual d'atenció, i per tant, a qualsevol prestació i/o servei que en aquest moment es pogués derivar d'aquest.

Aquesta renúncia es pot revisar amb motiu que variï la meva situació sense necessitat d'iniciar el procés de sol·licitud i valoració.

Nom del la entitat: \_\_\_\_\_ . Núm. registre : SO

Adreça: \_\_\_\_\_

Població: \_\_\_\_\_

RESIDÈNCIA

- PLAÇA COL-LABORADORA
- PLAÇA PRIVADA COL-LABORADORA
- PLAÇA CENTRE PROPI O CONCERTAT

CENTRE DE DIA

- PLAÇA COL-LABORADORA
- PLAÇA PRIVADA COL-LABORADORA
- PLAÇA CENTRE PÚBLIC O CONCERTAT

SERVEI D'ATENCIÓ A DOMICILI

- PÚBLIC
- PRIVAT

SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA

- PÚBLIC
- PRIVAT

Signatura

Data



## SOL.LICITUD DE DOMICILIACIÓ DE LES PRESTACIONS ECONÒMIQUES

---

### 1. Dades d'identificació del/de la sol·licitant o representant legal

---

NIF núm.    Nom    Primer cognom    Segon cognom

Codi postal    Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)

---

Municipi    Província

---

### Dades de la transferència

---

Entitat    Oficina núm.    Dígits de control    Compte corrent o llibreta núm.    Denominació de l'entitat bancària

Codi postal    Adreça de l'agència (carrer, número, bloc, pis, porta)

Municipi    Província

#### Diligència de conformitat de l'entitat

Aquestes dades coincideixen amb les existents en aquesta oficina

Signat i segellat :

Signatura de la persona sol·licitant o representant legal

,    d    de

### Comunicació del Departament a la persona sol·licitant:

---

En aplicació de l'article 5.2. de la Llei 15/199, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, el Departament d'Acció Social i Ciutadania informa del següent:

- Les dades de caràcter personal que s'han de facilitar per a l'obtenció de l'objecte d'aquesta sol·licitud s'inclouen en el fitxer de gestió d'expedients del Servei de Prestacions de l'ICASS. La finalitat de la recollida de les dades és la gestió d'aquesta sol·licitud i la destinatària de la informació és la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.

- Existeix la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades que se subministren, adreçant-se a la persona titular de la Direcció General de L'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, plaça de Pau Vila, 1, Barcelona.

---



## PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

### Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SCAAD

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. expedient:

Data registre de la sol·licitud:

#### DECLARACIÓ DE PERSONES A CÀRREC (1)

En/Na amb NIF declaro de forma individual que tinc al meu càrrec les persones següents:

Cognoms i nom	Relació	Data naixement	Ingressos anuals (*)	Discapacitat /Grau
			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grau
			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grau
			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grau
			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grau

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria General de la Seguretat Social a l'efecte de comprovar que les dades declarades son certes per tal d'assegurar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés al servei o prestació.

Si no voleu donar aquesta autorització, marqueu amb una X la casella .

Data	Signatura
------	-----------

1. A efectes de càrrega familiar deduïble s'inclou a: fills menors de 25 anys que no hagin tingut al darrer exercici fiscal ingressos propis superiors a l'import del IRSC o fills amb Discapacitat reconeguda igual o superior al 33%.

(\*) En cas afirmatiu, indiqueu quantitat d'ingressos anuals bruts.



## PLA INDIVIDUALITZAT D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

### Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SAAD

Núm. expedient:

#### DECLARACIÓ JURADA DEL SOL-LICITANT O REPRESENTANT LEGAL

En/Na \_\_\_\_\_ amb NIF \_\_\_\_\_ declaro:

- NO TENIR I/O PERCEBRE cap tipus d'ingrés.
- NO TENIR I/O PERCEBRE prestacions i/o pensions que es trobin exemptes de tributació a les normes reguladores de Impost sobre la renda de les persones físiques (IRPF).
- SI TENIR ingressos procedents de (\*):
- Incapacitat permanent absoluta o gran invalidesa
  - Jubilació: derivada de gran invalidesa o d'incapacitat permanent absoluta
  - Pensió d'orfenesa.
  - Pensió a favor de familiars per incapacitat absoluta del seu titular
  - Prestacions derivades d'actes de terrorisme
  - Invalidesa SOVI
  - Protecció familiar: prestació per fill a càrrec > 18 anys i amb minusvalidesa superior al 65% o 75%
  - PNC
  - LISMI
  - Altres. Especificar:

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria General de la Seguretat Social a l'efecte de comprovar que les dades declarades són certes, per tal d'assegurar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés al servei o prestació.

Si no voleu donar aquesta autorització, marqueu amb una X la casella

Data

Signatura de la persona sol·licitant o representant legal

(\* ) Si es trobés en algun d'aquests supòsits caldrà adjuntar el certificat d'ingressos de l'Organisme corresponent (Seguretat Social, Muface, Hisenda,...), excepte els beneficiaris de PNC i LISMI.