

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

Síntesi de l'informe social

Núm. d'expedient:

Data:

DADES PERSONALS I FAMILIARS

Nom i cognoms:

NIF: Data de naixement: Data d'ingrés al centre:

Incapacitat: Sí NO En tràmit. Data d'inici:

Tutor legal o persona de referència. Nom i cognoms:

Parentiu: Cònjuge Pare/mare Fill/a Germà/ana Altres:

Telèfons de contacte: \

Vinculació familiar: Continuada Esporàdica Sense vinculació Altres

Nom del centre residencial:

Núm. de registre:

NIF:

Adreça: Població: CP:

Tipus de centre:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> centre propi | <input type="checkbox"/> centre propi /gestió externa | |
| <input type="checkbox"/> centre concertat | <input type="checkbox"/> plaça concertada | <input type="checkbox"/> plaça privada |
| <input type="checkbox"/> centre col·laborador | <input type="checkbox"/> plaça col·laboradora | <input type="checkbox"/> plaça privada |
| <input type="checkbox"/> privat Acreditat PEV | | |
| <input type="checkbox"/> subvencionat (1) | | |

(1) Només centres per a persones amb discapacitat i salut mental.

Àmbit: Gent gran Salut mental Persona amb discapacitat Sociosanitari altres

Aportació econòmica/mes: Usuari/ària:

Administració :

A. DADES D'INGRÉS

Motiu d'ingrés

- Habitatge deficient o sense possibilitat d'adaptació
 Problemàtica que requeria atenció intensa i continuada
 Família incapaç d'assumir atencions necessàries
 Manca de xarxa de suport familiar
 Altres situacions:

Elecció del centre

- Pròpia elecció
 Proximitat a l'entorn habitual
 Especialització
 Disponibilitat
 Altres:

Temporalitat: Permanent Temporal De dilluns a divendres Altres:

B. ATENCIONS NECESSÀRIES

Intensitat d'atencions. Segons el nivell de dependència: Baixa Mitjana Alta

Cures especials

- Cal practicar-li cures que poden fer els cuidadors o cuidadores 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 en el mateix centre
- Canvi de centre
 - Centre/Unitat especialitzat 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 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 de naixement:	/	/	/
Núm. d'expedient:	Data de registre sol·licitud:	/	/	Grau:	Nivell:

2. PROPOSTA DE PRESTACIONS, SERVEIS I COPAGAMENT DEL SCAAD

PROPOSTA DE PRESTACIÓ DE SERVEI		Codi S	Codi F	Aportació usuari/ària	Data efectivat Data d'inici / Data fi	
<input type="checkbox"/>	Atenció domiciliària: h/mes : A.P: h/m A.Llar: h/m	-----	-----		/	
<input type="checkbox"/>	Teleassistència	-----	-----		/	
<input type="checkbox"/>	Centre de dia per a gent gran. Dies/mes: Jornada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M				/	
<input type="checkbox"/>	Centre de dia d'atenció persones amb discapacitat				/	
<input type="checkbox"/>	Centre residencial per a gent gran				/	
<input type="checkbox"/>	Centre residencial persones amb discapacitat / Llar residència				/	
<input type="checkbox"/>	Residència per a persones malaltia mental / Llar residència SM				/	
<input type="checkbox"/>	PAP: <input type="checkbox"/> Llarga est. CSS <input type="checkbox"/> Llarga estada S. mental		-----		/	
PROPOSTA DE PRESTACIÓ ECONÒMICA		Cost plaça	Codi S	Codi F	Aportació pública	Data efectivat (1) Data d'inici / Data fi
<input type="checkbox"/>	Prest. vinculada servei de residència + prest.addicional					/
<input type="checkbox"/>	Prest. vinculada servei de residència sense addicional					/
<input type="checkbox"/>	Prest. vinculada a centre de dia					/
<input type="checkbox"/>	Prest. vinculada a SAD. h/mes : A.P: h/m A.Llar: h/m			-----		/
<input type="checkbox"/>	Cuidador/a no professional		-----	-----		/
<input type="checkbox"/>	Assistent personal: <input type="checkbox"/> acompanyament <input type="checkbox"/> suport personal		-----	-----		/

3. BAIXES I MODIFICACIONS DE LES PRESTACIONS. SISTEMA PÚBLIC SERVEIS SOCIALS

SERVEIS I PRESTACIONS ECONÒMIQUES QUE JA TENIA		Causa baixa SPSS	Es manté a SPSS	Data efectivat
<input type="checkbox"/>	Servei residencial social/ Llar residència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Servei de centre de dia. Dies/mes: Jornada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	PAP a CSS: <input type="checkbox"/> Llarga 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, assistent personal, CD, residència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Altres. Especifiqueu-ho:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. SERVEIS PÚBLICS/CONCERTATS A QUÈ HAURIA D'ACCEDIR QUAN HI HAGI DISPONIBILITAT

ÀMBIT:	<input type="checkbox"/> Gent gran	<input type="checkbox"/> Discapacitat/ada	<input type="checkbox"/> Salut mental	<input type="checkbox"/> Altres
SERVEI:	<input type="checkbox"/> Atenció domiciliària	<input type="checkbox"/> Teleassistència	<input type="checkbox"/> Centre de dia	<input type="checkbox"/> Centre residencial social

5. ACORD

He estat informat/ada i: Sí, estic d'acord amb la proposta No hi estic d'acord

Motiu: segons al·legacions document adjunt full F

PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Nom i cognoms:	Telèfon:
Servei/dependència:	Municipi: CP:
Data de l'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

Aquest acord és una proposta. És mitjançant la resolució administrativa dictada pels òrgans competents del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, que es reconeixeran formalment les prestacions del Sistema català d'autonomia i atenció a la dependència, en els termes i condicions establerts per la normativa aplicable.

Correcció:	Validació: tècnic/a i data
------------	----------------------------

MODIFICACIÓ ACORD PIA

1. DADES PERSONALS

Nom i cognoms:	NIF:	Data de naixement:	/	/	
Núm. d'expedient:	Data de registre sol·licitud:	/	/	Grau:	Nivell:

2. PROPOSTA DE PRESTACIONS, SERVEIS I COPAGAMENT DEL SCAAD

PROPOSTA DE PRESTACIÓ DE SERVEI	Codi S	Codi F	Aportació usuari/ària	Nou servei	Conti nuïtat	Modifi cativa	Baixa	Data efectivitat	
<input type="checkbox"/> Atenció domiciliària: h/mes : A.P: h/m A.Llar: h/m	-----	-----		<input type="checkbox"/>	<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"/>		
<input type="checkbox"/> Centre de dia per a gent gran. Dies/mes: Jornada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Centre de dia d'atenció a persones amb discapacitat				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Centre residencial per a gent gran				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Centre residencial per a persones amb discapacitat / Llar residència				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Residència per a persones amb malaltia mental/ Llar residència SM				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> PAP : <input type="checkbox"/> Llargada CSS <input type="checkbox"/> Llargada SM		-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PROPOSTA DE PRESTACIÓ ECONÒMICA	Cost plaça	Codi S	Codi F	Aportació pública	Nova prestació	Conti nuïtat	Modifi cativa	Baixa	Data efectivitat
<input type="checkbox"/> Prest. vinculada servei de residència + prest. adicional					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prest. vinculada servei de residència sense adicional					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prest. vinculada al centre de dia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prest. vinculada a SAD. h/mes : A.P: h/m A.Llar: h/m			-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cuidador/a no professional		-----	-----		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

3. BAIXES I MODIFICACIONS DE LES 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"/> Servei de centre de dia . Dies/mes: Jornada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PAP CSS: <input type="checkbox"/> Llargada <input type="checkbox"/> H. de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Altres. Especifiqueu-ho:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. SERVEIS PÚBLICS/CONCERTATS A QUÈ HAURIA D'ACCEDIR QUAN HI HAGI DISPONIBILITAT

ÀMBIT:	<input type="checkbox"/> Gent gran	<input type="checkbox"/> Discapacitat/ada	<input type="checkbox"/> Salut mental	<input type="checkbox"/> Altres:
SERVEI:	<input type="checkbox"/> Atenció domiciliària	<input type="checkbox"/> Teleassistència	<input type="checkbox"/> Centre de dia	<input type="checkbox"/> Centre residencial social

5. ACORD

He estat informat/ada i: Sí, accepto aquesta proposta d'acord No hi estic d'acord.

Motiu: segons al·legacions document adjunt full F

PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Nom i cognoms:	Telèfon:
Servei/dependència:	Municipi: CP:
Data del nou acord: / /	Data de l'acord anterior: / /
Periodicitat proposada per al seguiment: cada mesos	

Signatura del/de la professional i segell

Nom i signatura de la persona interessada o repr. legal

Aquest acord és una proposta. És mitjançant la resolució administrativa dictada pels òrgans competents del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, que es reconeixeran formalment les prestacions del Sistema català d'autonomia i atenció a la dependència, en els termes i condicions establerts per la normativa aplicable.

Correcció:	Validació: tècnic/a i data
------------	----------------------------

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. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

Professional referent del PIA

B. IDENTIFICACIÓ DE PRESTACIÓ DE SERVEI PÚBLIC

SAD ENS LOCALS / CENTRES PROPIS, PLACES CONCERTADES I COL-LABORADORES

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

SERVEI QUE ES PRESTA	Data d'inici del servei	Data de baixa del servei
<input type="checkbox"/> Servei d'atenció domiciliària : hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció personal : hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció a la llar : hores/mes Municipi on es presta el servei : <input type="checkbox"/> Servei de teleassistència		
<input type="checkbox"/> Servei residencial <input type="checkbox"/> Llar Residència <input type="checkbox"/> Propi <input type="checkbox"/> Gestió externa <input type="checkbox"/> Concertat <input type="checkbox"/> Col·laborador <input type="checkbox"/> Subvencionat		
<input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> Llarga estada a CSS: Aportació: . Data inici aportació (finalitza carència) <input type="checkbox"/> Llarga estada a Salut Mental		
<input type="checkbox"/> Centre de dia/ centre d'atenció diürna <input type="checkbox"/> Propi <input type="checkbox"/> Gestió externa <input type="checkbox"/> Concertat <input type="checkbox"/> Col·laborador <input type="checkbox"/> Subvencionat		

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

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

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

Professional referent del PIA

C. IDENTIFICACIÓ I COMPROMÍS DE L'EMPRESA EN CAS DE PRESTACIÓ ECONÒMICA VINCULADA A UN SERVEI – PLACES PRIVADES

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

SERVEI QUE PRESTA	Data d'acreditació del centre (PEV)	Data d'inici del servei	Data fi del servei	Import econòmic mensual del servei
<input type="checkbox"/> Residència estada permanent <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre concertat <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre col·laborador <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre privat acreditat (PEV)			
<input type="checkbox"/> Centre de dia : dies/mes: , Jornada: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre concertat <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre col·laborador <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre privat acreditat (PEV)			
<input type="checkbox"/> Servei d'Ajuda a Domicili : Hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció personal : hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció a la llar: hores/mes			

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

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. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

D. PRESTACIÓ ECONÒMICA D'ASSISTÈNCIA PERSONAL

CONTRACTE LABORAL AMB LA PERSONA BENEFICIÀRIA(*)

Nom de l'assistent personal contractat:

Data de naixement:

Sexe: home dona

NIF/NIE:

Número SS:

Numero de targeta sanitària (CIP)

Adreça:

Població:

CP:

Telèfon:

Adreça electrònica:

Data d'inici de prestació del servei:

Canvi d'assistent personal previ Sí No

Dedicació: Completa Parcial. Hores/setmana

Perfil: Acompanyament Suport personal i integració

Em comprometo a realitzar la formació d'assistent personal

Data

Signatura

CONTRACTE DE SERVEIS A L'EMPRESA O EN RÈGIM D'AUTÒNOM (*)

Nom de l'empresa:

Nom del/de la representant legal / responsable:

Càrrec:

CIF:

Adreça:

Població:

Telèfon:

CP:

Adreça electrònica:

Data d'inici de la prestació de servei d'assistent personal:

Data

Signatura

OBSERVACIONS

(*) Cal adjuntar una còpia del contracte civil o laboral.

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. d'expedient:

Data del registre de la sol·licitud:

D. 1. ACREDITACIÓ D'ACTIVITAT FORMATIVA PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA D'ASSISTÈNCIA PERSONAL

Nom del centre:

Nom del/de la representant legal / responsable:

Càrrec:

CIF DEL CENTRE:

Número de registre:

Adreça:

Població:

CP:

Telèfon:

Adreça electrònica:

(Nom i cognoms) ,

amb NIF ,

fa en aquest centre una activitat educativa dins d'un programa d'estudis de caràcter continuat, al llarg de tot el curs acadèmic i amb una durada de hores lectives, que està reconegut, homologat o autoritzat per l'autoritat competent i que s'imparteix a un centre públic o privat autoritzat legalment.

Autoritzo el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies a efectuar les consultes necessàries 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 i segell del centre

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. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

D. 2. ACREDITACIÓ D'ACTIVITAT LABORAL PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA D'ASSISTÈNCIA PERSONAL

Nom de l'entitat:

Tipologia: Empresa ordinària Centre especial de treball Centre ocupacional

Nom del/de la representant legal / responsable:

Càrrec:

CIF de l'entitat:

Adreça:

Població:

CP:

Telèfon:

Adreça electrònica:

(Nom i cognoms) _____, amb NIF _____,

desenvolupa per a aquesta entitat o empresa una activitat laboral continuada al llarg del dia, amb una dedicació d _____ hores setmanals.

Autoritzo el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies a efectuar les consultes necessàries 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 i segell del centre/entitat

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

Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SAAD

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. d'expedient:

E. PRESTACIÓ ECONÒMICA PER A CUIDADOR/A FAMILIAR NO PROFESSIONAL

Nom del/de la cuidador/a:	NIF/NIE:
Data de naixement: Nacionalitat:	Targeta sanitària (CIP)
Sexe: <input type="checkbox"/> home <input type="checkbox"/> dona	Número SS:
Adreça:	CP:
Població:	Adreça electrònica:
Telèfon:	
Relació amb la persona beneficiària:	
<input type="checkbox"/> Familiar. Grau parentesc:	
<input type="checkbox"/> Persona de l'entorn que resideix al mateix municipi o altre veí, durant un període previ superior a un any	
Conviu amb la persona amb dependència?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Data d'inici atenció com a cuidador/a : Canvi de cuidador/a previ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dedicació jornada laboral:	
<input type="checkbox"/> Completa (igual o superior a 40 hores/setmana)	
<input type="checkbox"/> Parcial (entre 20 i 40 hores/setmana) . Especifiqueu el total d'hores/setmana	
No està obligat a subscriure el conveni de cuidadors. Voluntàriament, el pot subscriure , si es fa càrrec de les cotitzacions de la Seguretat Social (RDL20/2012).	
Formació: <input type="checkbox"/> Estudis primaris <input type="checkbox"/> Estudis secundaris <input type="checkbox"/> FP I <input type="checkbox"/> FP II <input type="checkbox"/> Estudis universitaris <input type="checkbox"/> Cap	
Darrers estudis cursats i finalitzats:	
Ha fet algun curs adreçat a cuidadors/ores no professionals? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
Entitat que va impartir Durada: hores	
<input type="checkbox"/> Accepto participar en el Programa de formació i de suport a persones cuidadores no professionals.	
En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer "Sistema per l'autonomia i l'atenció a la dependència, en l'àmbit competencial del Departament". La finalitat del fitxer és la de gestionar els procediments de reconeixement de la situació de dependència i d'elaboració del programa individual d'atenció.	
Així mateix, us comuniquem que les vostres dades se cediran a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, d'acord amb la Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària; a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, d'acord amb el Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei general de la Seguretat Social, i a ens locals o entitats públiques, d'acord amb les seves competències vinculades en matèria de serveis socials.	
La unitat responsable del fitxer és la Direcció General de Protecció Social i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.	
Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Direcció General de Protecció Social per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a protecciosocial.tsf@gencat.cat i signat electrònicament amb el DNI electrònic o certificat digital reconegut).	
Amb la vostra signatura, autoritzeu la unitat responsable del fitxer per al tractament de les vostres dades amb les finalitats indicades.	
Data	
Signatura del/de la cuidador/a	
Signatura de l'interessat/ada o representant legal	
Signatura del/de la professional i segell	

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

SOL·LICITUD DE DOMICILIACIÓ DE LES PRESTACIONS ECONÒMIQUES

Dades d'identificació del/de la sol·licitant

NIF núm.	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Codi postal	Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)		
Municipi	Província		

Dades bancàries

Codi IBAN	Entitat	Oficina núm.	Dígits de control	Compte corrent	Denominació de l'entitat bancària
Adreça de l'agència (carrer, número, bloc, pis, porta)					
Codi postal	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 compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer "Sistema per l'autonomia i l'atenció a la dependència, en l'àmbit competencial del Departament". La finalitat del fitxer és la de gestionar els procediments de reconeixement de la situació de dependència i d'elaboració del programa individual d'atenció.

Així mateix, us comuniquem que les vostres dades se cediran a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, d'acord amb la Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària; a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, d'acord amb el Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei general de la Seguretat Social, i a ens locals o entitats públiques, d'acord amb les seves competències vinculades en matèria de serveis socials.

La unitat responsable del fitxer és la Direcció General de Protecció Social i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.

Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Direcció General de Protecció Social per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a protecciosocial.tsf@gencat.cat i signat electrònicament amb el DNI electrònic o certificat digital reconegut).

Amb la vostra signatura, autoritzeu la unitat responsable del fitxer per al tractament de les vostres dades amb les finalitats indicades.

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

F. DOCUMENT D'AL·LEGACIONS

He estat informat i presento les al·legacions següents:

Nom, cognoms i signatura

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

Documentació complementària per a fer efectiva la prestació del SCAAD

Núm. d'expedient:

DECLARACIÓ JURADA DE LA PERSONA SOL·LICITANT O REPRESENTANT LEGAL

(Nom i cognoms) _____, 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 l'impost sobre la renda de les persones físiques (IRPF).
- NO PERCEBRE prestacions de règims públics de protecció social de anàloga naturalesa i finalitat a les prestacions del SCAAD.

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 fill a càrrec>18anys i amb minusvalidesa superior al 65% o 75%
- PNC invalidesa
- LISMI
- Altres. Especifiqueu-ho:

Les dades facilitades de l'AEAT no són aplicables perquè no corresponen amb la situació socioeconòmica actual:(*)

- Canvi en rendiments del treball (p.ex abans treballava i ara cobra pensió)
- No és titular de la declaració (altres membres de la unitat familiar)
- Viduïtat/separació/divorci

Autoritzo el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies 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, etc.), excepte les persones beneficiàries de PNC i LISMI.