


**AJUNTAMENT DE:**  
**AYUNTAMIENTO DE:** VALENCIA
**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA  
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**
**1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

|                                                                                                             |                                                      |                                                                         |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS<br><u>GARCIA IRANZO</u>                                                                 | NOM / NOMBRE<br><u>ELIURA</u>                        | DNI / NIE<br><u>24777738E</u>                                           | NÚM SIP / N.º SIP<br><u>3253867</u>      |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)<br><u>C/LEBSEN 11-10</u> |                                                      | CP<br><u>46023</u>                                                      | LOCALITAT / LOCALIDAD<br><u>VALENCIA</u> |
| PROVÍNCIA / PROVINCIA<br><u>VALENCIA</u>                                                                    | TELÈFONS / TELÉFONOS<br><u>617971572 - 663281606</u> | ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO<br><u>isagimero57@gmail.com</u> |                                          |

Si el domicili habitual coincideix amb el d'un centre residencial, indiqueu el nom del centre:  
Si el domicilio habitual coincide con el de un centro residencial, indicar el nombre del centro:

**2.- DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

Cal omplir-ho únicament si són diferents de les dades de residència indicades en el punt anterior  
Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior

|                                                                                    |                      |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS                                                                | NOM / NOMBRE         | DNI / NIE                               |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) |                      | CP                                      |
| LOCALITAT / LOCALIDAD                                                              |                      |                                         |
| PROVÍNCIA / PROVINCIA                                                              | TELÈFONS / TELÉFONOS | ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO |

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT  
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO**

|                                                                                    |                      |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS                                                                | NOM / NOMBRE         | DNI / NIE                               |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) |                      | CP                                      |
| LOCALITAT / LOCALIDAD                                                              |                      |                                         |
| PROVÍNCIA / PROVINCIA                                                              | TELÈFONS / TELÉFONOS | ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO |

**C SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA  
SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA**

Dels serveis i prestacions, assenyal·le amb una X quins desitjaria rebre, podent assenyal·lar a més de la teleassistència, com a màxim 2 recursos compatibles, tenint en compte les compatibilitats establides en la normativa autonòmica vigent.  
De los servicios y prestaciones, señale con una X cuales desearía recibir, pudiendo señalar además de la teleasistencia, como máximo 2 recursos compatibles, teniendo en cuenta las compatibilidades establecidas en la normativa autonómica vigente.

☐ Serveis de prevenció i promoció (especifiqueu el servei) / Servicios de prevención y promoción (especificar el servicio):

Centre de rehabilitació i integració social (CRIS). Indique els centres per ordre de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol, assenyalant la província desitjada:  
Centro de rehabilitación e integración social (CRIS). Indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera, señalando provincia deseada:

|           |  |
|-----------|--|
| 1er<br>1º |  |
| 2n<br>2º  |  |
| 3er<br>3º |  |

Qualsevol a la província de:   
Cualquiera en la provincia de:

☐ Habitatge tutelat supervisat. Indique els centres per ordre de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol, assenyalant la província desitjada.  
Vivienda tutelada supervisada. Indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera, señalando provincia deseada:

|           |  |
|-----------|--|
| 1er<br>1º |  |
| 2n<br>2º  |  |
| 3er<br>3º |  |

Qualsevol a la província de:   
Cualquiera en la provincia de:

☐ Servei de teleassistència avançada (aportar el model) / Servicio de teleasistencia avanzada (aportar el modelo)

☐ Servei d'ajuda a domicili / Servicio de ayuda a domicilio

**C SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA  
SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA**

- ☐ Servei de centre de dia/centre ocupacional. Marque un dels dos tipus i, a continuació, indique els centres per ordre de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol, assenyalant la província desitjada:  
☐ Servicio de centro de día/centro ocupacional. Marque uno de los dos tipos y, a continuación, indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera, señalando provincia deseada:

|                                                                   |           |       |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Centre de dia<br>Centro de día           | 1er<br>1º | _____ |
| <input type="checkbox"/> Centre ocupacional<br>Centro ocupacional | 2n<br>2º  | _____ |
|                                                                   | 3er<br>3º | _____ |

Qualsevol a la província de: \_\_\_\_\_  
Cualquiera en la provincia de: \_\_\_\_\_

- ☐ Servei d'atenció residencial. Marque un dels dos tipus i, a continuació, indique els centres per ordre de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol, assenyalant la província desitjada:  
☐ Servicio de atención residencial. Marque uno de los dos tipos y, a continuación, indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera, señalando provincia deseada:

|                                                                                         |           |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Centre d'atenció residencial<br>Centro de atención residencial | 1er<br>1º | _____ |
| <input type="checkbox"/> Habitatge tutelat assistit<br>Vivienda tutelada asistida       | 2n<br>2º  | _____ |
|                                                                                         | 3er<br>3º | _____ |

Qualsevol a la província de: \_\_\_\_\_  
Cualquiera en la provincia de: \_\_\_\_\_

- ☐ Prestació econòmica d'assistència personal, desenvolupada per:  
☐ Prestación económica de asistencia personal, desarrollada por:

☐ Persona física

☐ Persona jurídica. Especifiqueu-ne el nom de l'empresa o persona professional prestadora del servei (persona autònoma) acreditades:  
☐ Persona jurídica. Especificar el nombre de la empresa o persona profesional prestadora del servicio (persona autónoma) acreditadas:

- ☐ Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar (aportar el model Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora)  
☐ Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (aportar el modelo Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora)

Prestació vinculada als serveis de prevenció i promoció (habilitació i teràpia ocupacional, atenció primerenca, estimulació cognitiva, promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia personal, habilitació psicosocial per a persones amb malaltia mental o discapacitat intel·lectual, Suports personals, atenció i cures en habitatges tutelats supervisats o assimilats). El servei ha d'estar acreditat. Consultar en l'enllaç següent:  
<https://inclusio.gva.es/es/web/dependencia/prestacions-vinculades-als-serveis>

- ☐ Prestación vinculada a los servicios de prevención y promoción (habilitación y terapia ocupacional, atención temprana, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal, habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual, Apoyos personales, atención y cuidados en viviendas tuteladas supervisadas o asimiladas. El servicio debe estar acreditado. Consultar en el siguiente enlace: <https://inclusio.gva.es/es/web/dependencia/prestacions-vinculades-als-serveis>

- ☐ Prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili  
☐ Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio

- ☐ Prestació econòmica vinculada al servei de centre de dia/centre ocupacional  
☐ Prestación económica vinculada al servicio de centro de día/centro ocupacional

- ☒ Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial  
☒ Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial



GENERALITAT  
VALENCIANA

SOL·LICITUD DE NOVES PREFERÈNCIES DE SERVEIS O PRESTACIONS,  
AMPLIACIÓ O REVISIÓ DEL PIA

SOLICITUD DE NUEVAS PREFERENCIAS DE SERVICIOS O PRESTACIONES,  
AMPLIACIÓN O REVISIÓN DEL PIA

**D CAPACITAT ECONÒMICA**  
**CAPACIDAD ECONÓMICA**

S'ha d'omplir únicament en cas de variació en la composició de la unitat familiar o de la situació econòmica familiar pel que fa a les dades contingudes en la sol·licitud inicial.

*Cumplimentar únicamente en caso de variación en la composición de la unidad familiar o en la situación económica familiar con respecto a los datos contenidos en la solicitud inicial.*

La unitat familiar de la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència està integrada pels següents membres (no ho ompliu si vosté és l'únic component de la seua unitat familiar):

*La unidad familiar de la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia está integrada por los siguientes miembros (no rellenar si usted es el único componente de la unidad familiar):*

| PARENTIU<br>PARENTESCO | NOM I COGNOMS<br>NOMBRE Y APELLIDOS | DNI / NIE<br>DNI / NIE | DISCAPACITAT<br>IGUAL O SUPERIOR<br>A 33%<br>DISCAPACIDAD<br>IGUAL O SUPERIOR<br>A 33% | DATA DE NAIXEMENT<br>FECHA DE NACIMIENTO | SIGNATURA PER<br>AUTORIZACIÓ D'ACCÉS<br>A DADES / FIRMA PARA<br>AUTORIZACIÓN DE<br>ACCESO A DATOS |
|------------------------|-------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        |                                     |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                |                                          |                                                                                                   |
|                        |                                     |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                |                                          |                                                                                                   |
|                        |                                     |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                |                                          |                                                                                                   |
|                        |                                     |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                |                                          |                                                                                                   |
|                        |                                     |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                |                                          |                                                                                                   |

**E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ**  
**CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN**

Mitjançant la signatura del present document per part de la persona representant o persona de suport, si és el cas, s'autoritza perquè l'Administració realitze la consulta de la següent informació d'aquesta persona representant o de suport:

*Mediante la firma del presente documento por parte de la persona representante o persona de apoyo, en su caso, se autoriza para que la Administración realice la consulta de la siguiente información de esta persona representante o de apoyo:*

Dades d'identitat de la persona representant o persona de suport  
*Datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo*

Si desitja d'oposar-se, és imprescindible que indique els motius que ho justifiquen.

*Si desea oponerse, es imprescindible que indique la consulta a la que se opone y los motivos que lo justifiquen.*

☐ M'oposo a l'obtenció de les dades d'identitat de la persona representant o persona de suport.  
*Me opongo a la obtención de los datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo.*

Motiu oposició:

*Motivo oposición:*

Si s'oposa a la consulta de les dades indicades, queda obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents.

*Si se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.*

Se us informa que d'acord amb el que s'estableix en la disposició addicional huitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar les dades indicades en la present sol·licitud.

*Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar aquellos datos manifestados en la presente solicitud.*

VALENCIA

26

d

2

del

2024

La persona sol·licitant  
*La persona solicitante*

La persona representant o persona de suport  
*La persona representante o persona de apoyo*

*[Handwritten signature]*

Signatura:

Firma:

Signatura:

Firma:



10/10/10 10/10/10