



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 C.A 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 la 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 podrá iniciar una revisión de oficio.

Traslado. Deberán cumplimentar este apartado las personas que teniendo abierto expediente en la Comunidad Autónoma de Murcia desee trasladarse a otra comunidad diferente, por haber fijado en ella su domicilio habitual.

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 correspondiente a 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 enviarán 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 móvil:

Teléfono fijo:

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 por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna (poder notarial, concesión firmada de poder de representación –ANEXO1- , 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

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

¿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 señalarán 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 PAREJA DE HECHO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI:
-----------------	------------------	--------	------

Debe presentar el anexo II 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 DE 18 AÑOS 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 PREVENCIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA 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 DÍA PERSONAS MAYORES | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE CENTRO DE NOCHE PERSONAS MAYORES | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE CENTRO DE DÍA PERSONAS CON DISCAPACIDAD | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE CENTRO DE NOCHE PERSONAS CON DISCAPACIDAD | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL | PÚBLICO | <input type="checkbox"/> | PRIVADO | <input type="checkbox"/> |

NOMBRE DEL CENTRO DONDE RECIBE LA ATENCIÓN : _____

DIRECCIÓN DEL CENTRO: _____

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

CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR (Señale los DATOS DEL CUIDADOR)

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. PRESTACIONES DEL SISTEMA DE ATENCION A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGION DE MURCIA QUE SE SOLICITAN

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 PREVENCIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
- SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL
- SERVICIO DE TELEASISTENCIA
- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
- SERVICIO DE CENTRO DE DÍA PERSONAS MAYORES
- SERVICIO DE CENTRO DE NOCHE PERSONAS MAYORES
- SERVICIO DE CENTRO DE DÍA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
- SERVICIO DE CENTRO DE NOCHE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
- SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL. (ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ EN EL ÁMBITO REGIONAL).

NO OBSTANTE, INDIQUE MUNICIPIO DE PREFERENCIA _____

PRESTACIONES

- PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
- PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES
- PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar sólo se reconocerá si consta acreditado que los cuidados han sido prestados con carácter previo a la solicitud.

No se podrá ser cuidador en el entorno 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.

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.

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

QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR a la Oficina para la Dependencia o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mi 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).

En _____

A ____ de _____, de _____

Fdo:

Si existe representante legal, sólo deberá firmar aquí dicho representante.

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.

INSTRUCCIONES

Presente con la solicitud todos los documentos que se indican, con ello evitará retrasos innecesarios.

Si no presenta todos los documentos que se indican, 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/neweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCONTENIDO=5878&IDTIPO=100&RASTRO=c885\\$m](http://www.carm.es/neweb2/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.
- Documento que acredite las pensiones que tenga reconocidas en el año actual.
- Copia íntegra de la declaración de los impuestos sobre Renta y Patrimonio de las Personas Físicas correspondiente al año de la última declaración fiscal disponible.
- 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.

En los casos que proceda:

- Fotocopia DNI/NIE/ en vigor del representante.
- Documento que acredite la representación con la que se actúa: Poder Notarial, o Anexo I de esta solicitud firmado por el interesado y su representante, o certificado de representación por comparecencia personal ante funcionario de la Administración.
- Fotocopia Libro de Familia (menores de 18 años)

OTROS DOCUMENTOS

- Certificado de Minusvalía/discapacidad.
- Reconocimiento de Gran invalidez

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, 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 aportarse certificado de empadronamiento del cuidador de al menos un año 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.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE CUANDO SE LE RECONOZCA PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:

- Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio especificando las tareas que realiza, número de días/mes, horas – días y coste mensual.
- 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 PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL/CENTRO DE DÍA/CENTRO DE NOCHE:

- Certificado expedido por el centro en el que está recibiendo la atención solicitada acreditando la fecha de ingreso y coste mensual.
- 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 PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA ASISTENCIA PERSONAL:

El asistente personal, mayor de 18 años, no podrá ser cónyuge o pareja de hecho o familiar por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado del dependiente.

- Fotocopia del contrato con empresa prestadora del servicio o contrato laboral o de prestación de servicio del asistente personal. El contrato debe indicar las tareas que realiza, número de horas/semana, días/mes y coste mensual.
- Tarjeta de residencia legal, en el supuesto de no tener nacionalidad española.
- Fotocopia del documento bancario en el que figure la persona dependiente como titular y el código cuenta cliente (20 dígitos).

Anexo I : Autorización para representación

D/D^a, provisto con DNI/NIE, mayor de edad y con plena capacidad de obrar, domiciliado en Calle/Avenida/Plaza..... de, provincia de, solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, conforme a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y en los términos del artículo 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,

AUTORIZO A:

D/D^a, provisto con DNI/NIE, mayor de edad y con plena capacidad de obrar, domiciliado en Calle/Avenida/Plaza..... de, provincia de, a actuar en mi representación ante la Oficina para la Dependencia en el procedimiento indicado.

Fecha

Firma del solicitante

Firma del representante autorizado

Anexo II: 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, debe también firmar esta autorización, con el fin de que pueda computarse como carga familiar.
3. En caso de separación de bienes o pareja de hecho, si no firma esta autorización, se entenderá que no depende económicamente del dependiente. En consecuencia, a efectos de cálculo de la capacidad económica del interesado, el cónyuge o pareja de hecho no computará 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/D^a _____, provisto con DNI/NIE N° _____,

AUTORIZO a la Oficina para la Dependencia para que, a través del organismo que corresponda recabe de cualquier Administración Pública, la información que sea necesaria.

En _____, a de de 201.

Firma del cónyuge o pareja de hecho