



Tipo de solicitud: ☐ Definitiva ☐ Prioridad social ☐ Respiro familiar

Régimen solicitado: ☐ Permanente ☐ Centro de día

DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Nombre y apellidos: _____ NIF: _____

DATOS DE CONTACTO

Dirección del domicilio: _____

Localidad: _____ Municipio: _____

CP: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DATOS DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: _____ NIF: _____

Parentesco o relación con el/la solicitante: _____

Dirección del domicilio: _____

Localidad: _____ Municipio: _____

CP: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

- ☐ Solicito recibir las notificaciones de este expediente en el correo electrónico indicado anteriormente, para cuya apertura dispongo de certificado digital.

AUTORIZACIÓN PARA RECABAR DATOS DE OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Autorizo a la Diputación de León a recabar la siguiente documentación, de conformidad con lo dispuesto en el art. 28 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En caso de no marcar las casillas, me comprometo a aportarla junto con la solicitud.

- ☐ Documento Nacional de Identidad *(solicitado a la Dirección General de la Policía).*
- ☐ Certificado de empadronamiento *(solicitado al Instituto Nacional de Estadística).*
- ☐ Certificado de discapacidad *(solicitado a la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León).*
- ☐ Documento acreditativo de la pensión *(solicitado a la Seguridad Social).*
- ☐ Certificado de bienes inmuebles *(solicitado a la Dirección General del Catastro).*
- ☐ Informe de salud para solicitud de prestaciones sociales *(solicitado a la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León).*
- ☐ Informe social y Baremo de Valoración de la Dependencia *(solicitados a la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León).*

DOCUMENTACIÓN NECESARIA QUE SE ACOMPAÑA CON LA SOLICITUD

- ☐ Sentencia de nombramiento de representante legal *(en caso de incapacitación judicial).*
- ☐ Autorización de ingreso no voluntario *(en caso de presunta incapacidad).*

(A esta documentación deberá añadirse aquella que no cuente con autorización en el apartado anterior).

Firma: _____