



Núm. d'expedient ..... Any .....

Segell de registre d'entrada

## Programa d'ajudes d'atenció social a persones amb disminució per a l'any 2005

### Dades d'identificació de la persona beneficiària

|   |             |  |   |
|---|-------------|--|---|
| Número de la targeta sanitària <sup>1</sup><br>_ _ _ _ / _ / _ _ _ _ _ / _ _ / _                                      | Nom         | Primer cognom                              | Segon cognom  |
| Tipus d'identificació<br><input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport |             | Número identificador del document - lletra |   |
| Data de naixement   | Estat civil | Nacionalitat                               | Sexe<br><input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona |
| Total ingressos bruts anuals de l'any anterior  |             |  |   |

**NOTA:**

En el total d'ingressos bruts s'han de computar tots els ingressos o els rendiments del treball, el capital, les pensions, les prestacions, etc., incloent-hi les quotes de la Seguretat Social.

### Adreça de la persona beneficiària

|                                    |               |               |                    |     |       |
|------------------------------------|---------------|---------------|--------------------|-----|-------|
| Tipus de via (plaça, carrer, etc.) |               | Nom de la via |                    |     |       |
|                                    | Número        | Bloc          | Escala             | Pis | Porta |
| Codi postal                        | Població      |               | Província          |     |       |
| Telèfon fix                        | Telèfon mòbil |               | Adreça electrònica |     |       |

### Dades d'identificació del/de la representant legal o tutor/a

(només en el cas que la persona beneficiària sigui menor d'edat o incapacitada legalment)

|  |             |  |   |
|--|-------------|--|---|
| Número de la targeta sanitària <sup>1</sup><br>_ _ _ _ / _ / _ _ _ _ _ / _ _ / _   | Nom         | Primer cognom                              | Segon cognom  |
| Tipus d'identificació<br><input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport <input type="checkbox"/> CIF |             | Número identificador del document - lletra |   |
| Data de naixement  | Estat civil | Nacionalitat                               | Sexe<br><input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona |

### Adreça a l'efecte de notificació (només empleneu-ho en cas de ser diferent de l'adreça de la persona beneficiària)

|                                    |               |               |                    |     |       |
|------------------------------------|---------------|---------------|--------------------|-----|-------|
| Tipus de via (plaça, carrer, etc.) |               | Nom de la via |                    |     |       |
|                                    | Número        | Bloc          | Escala             | Pis | Porta |
| Codi postal                        | Població      |               | Província          |     |       |
| Telèfon fix                        | Telèfon mòbil |               | Adreça electrònica |     |       |

(1) Codi que comença per quatre lletres seguides de deu dígitos numèrics.

**Detall de les prestacions sol·licitades** (seleccioneu una prestació i introduïu la quantitat sol·licitada)

| Ajudes per a serveis   | Quantia sol·licitada | Quantia sol·licitada  |
|--|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 002 Psicomotricitat   |                      | <input type="checkbox"/> 008* Assistència domiciliària  |
| <input type="checkbox"/> 003 Rehabilitació del llenguatge                                |                      | <input type="checkbox"/> 010* Ajudes per a serveis en centres de dia d'atenció especialitzada per a persones amb disminució |
| <input type="checkbox"/> 004 Fisioteràpia  |                      | <input type="checkbox"/> 011* Ajudes per a serveis de centres residencials per a persones amb disminució                    |
| <input type="checkbox"/> 006* Assistència personal, suport social i relació amb l'entorn |                      |   |

| Ajudes per a mobilitat   | Quantia sol·licitada | Quantia sol·licitada  |
|--|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 100 Reconversió del permís de conduir                                     |                      | <input type="checkbox"/> 110 Adquisició de vehicle (furgoneta adaptada per a l'accés) |
| <input type="checkbox"/> 101 Obtenció del permís de conduir  |                      | <input type="checkbox"/> 112 Fre d'estacionament elèctric                             |
| <input type="checkbox"/> 102 Adquisició de vehicle (turisme o furgoneta no adaptada per a l'accés) |                      | <input type="checkbox"/> 113 Inversor de palanca de fre d'estacionament               |
| <input type="checkbox"/> 103 Embragament o vehicle automàtic                                       |                      | <input type="checkbox"/> 114 Accelerador i fre per a persones amb tetraplègia         |
| <input type="checkbox"/> 104 Fre autoblocant   |                      | <input type="checkbox"/> 115 Suplement de pedals                                      |
| <input type="checkbox"/> 105 Accelerador mecànic   |                      | <input type="checkbox"/> 116 Adaptació de volant                                      |
| <input type="checkbox"/> 106 Inversor de pedal   |                      | <input type="checkbox"/> 117 Inversor de llums  |
| <input type="checkbox"/> 108 Cinturó de seguretat tipus arnès                                      |                      | <input type="checkbox"/> 118 Telecomandament de funcions de conducció                 |
| <input type="checkbox"/> 109 Accelerador electrònic (vehicles amb coixí de seguretat)              |                      | <input type="checkbox"/> 119 Altres adaptacions de les accions per a la conducció     |

| Ajudes per a transport per assistir a serveis determinats | Quantia sol·licitada | Quantia sol·licitada   |
|---|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 200* Atenció precoç              |                      | <input type="checkbox"/> 202* Ensenyament reglat postobligatori i formació ocupacional en centres autoritzats per a <b>alumnes majors de 16 anys</b> |
| <input type="checkbox"/> 201* Rehabilitació               |                      |  |

**Ajudes per a l'autonomia personal i la comunicació:**

| Disminució visual  | Quantia sol·licitada | Quantia sol·licitada   |
|--|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 300 Perkins                               |                      | <input type="checkbox"/> 313 Escàner   |
| <input type="checkbox"/> 301 Anotador parlant                      |                      | <input type="checkbox"/> 314 Llum flexo  |
| <input type="checkbox"/> 302 Unitat de disc d'anotador parlant     |                      | <input type="checkbox"/> 315 Mesurador de glucèmia amb veu   |
| <input type="checkbox"/> 303 Telulupa                              |                      | <input type="checkbox"/> 316 Filtres   |
| <input type="checkbox"/> 304 Lupa amb llum                         |                      | <input type="checkbox"/> 317 Programa per utilitzar l'escàner OCR  |
| <input type="checkbox"/> 305 Lupa                                  |                      | <input type="checkbox"/> 318 Programa per utilitzar windows amb síntesi de la veu  |
| <input type="checkbox"/> 306 Faristol                              |                      | <input type="checkbox"/> 319 Aparell per a llegir documents  |
| <input type="checkbox"/> 307 Telescopi                             |                      | <input type="checkbox"/> 320 Línia braille   |
| <input type="checkbox"/> 308 Impressora braille                    |                      | <input type="checkbox"/> 321 Agenda electrònica amb veu  |
| <input type="checkbox"/> 310 Programa de magnificació de caràcters |                      | <input type="checkbox"/> 999* Intèrpret per a persona sorda o sordcega o cursos de lectura labial i llenguatge de signes |
| <input type="checkbox"/> 311 Magnetòfon                            |                      |  |
| <input type="checkbox"/> 312 Ulleres o lents de contacte           |                      |  |

| Disminució auditiva  | Quantia sol·licitada | Quantia sol·licitada  |
|--|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 400 Dispositiu telefònic de text                    |                      | <input type="checkbox"/> 410 Equip de comunicació FM                                    |
| <input type="checkbox"/> 401 Fax/mòdem fax                                   |                      | <input type="checkbox"/> 411 Videoconferència   |
| <input type="checkbox"/> 403 Telèfon fix adaptat amb amplificació i/o bobina |                      | <input type="checkbox"/> 412 Adaptació d'interfòn                                       |
| <input type="checkbox"/> 404 Despertador                                     |                      | <input type="checkbox"/> 413 Bucle magnètic per a la llar                               |
| <input type="checkbox"/> 405 Avisador de telèfon                             |                      | <input type="checkbox"/> 414 Bucle inductiu per a mòbils                                |
| <input type="checkbox"/> 406 Avisador de porta                               |                      | <input type="checkbox"/> 415 Receptor de senyals acústics                               |
| <input type="checkbox"/> 407 Detector de plor                                |                      | <input type="checkbox"/> 416 Amplificador portàtil per adaptar a un auricular telefònic |
| <input type="checkbox"/> 408 Un audiòfon                                     |                      | <input type="checkbox"/> 659 Reconeixement de veu                                       |
| <input type="checkbox"/> 409 Dos audiòfons                                   |                      |   |

| Disminució física: dormitori                        | Quantia sol·licitada | Quantia sol·licitada                                      |
|---|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 501 Llit articulad         |                      | <input type="checkbox"/> 504 Baranes de llit              |
| <input type="checkbox"/> 502 Carro elevador de llit |                      | <input type="checkbox"/> 505 Matalàs lateralitzador       |
| <input type="checkbox"/> 503 Matalàs antiescares    |                      | <input type="checkbox"/> 506 Respatller de llit ajustable |

**Disminució física: higiene personal i activitats de la vida diària****Quantia sol·licitada****Quantia sol·licitada**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 530 Fusta de banyera            | <input type="checkbox"/> 540 Plataforma abatible de dutxa                   |
| <input type="checkbox"/> 531 Seient de banyera           | <input type="checkbox"/> 542 Hamaca banyera (nens)                          |
| <input type="checkbox"/> 532 Seient giratori de banyera  | <input type="checkbox"/> 543 Reductor seient amb subjeccions (nens)         |
| <input type="checkbox"/> 533 Seient elevador de banyera  | <input type="checkbox"/> 544 WC - bidet                                     |
| <input type="checkbox"/> 534 Barres de paret             | <input type="checkbox"/> 545 Sistema de banyera al llit                     |
| <input type="checkbox"/> 535 Cadira / dutxa-vàter        | <input type="checkbox"/> 546 Respatller de WC amb suports laterals de tronc |
| <input type="checkbox"/> 536 Seient abatible de dutxa    | <input type="checkbox"/> 547 Estris per a activitats de la vida diària      |
| <input type="checkbox"/> 537 Alçavàter (alça WC)         | <input type="checkbox"/> 548 Aparell per menjar                             |
| <input type="checkbox"/> 538 Barra abatible              |   |
| <input type="checkbox"/> 539 Alçavàter amb recolzabraços |   |

**Disminució física: transferències****Quantia sol·licitada****Quantia sol·licitada**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 570 Grua                    | <input type="checkbox"/> 574 Ajuda per a trasllat                   |
| <input type="checkbox"/> 571 Trapezi                 | <input type="checkbox"/> 575 Arnès per a grua                       |
| <input type="checkbox"/> 572 Taula de transferències | <input type="checkbox"/> 576 Disc giratori amb recolzament de tronc |
| <input type="checkbox"/> 573 Disc giratori           |   |

**Disminució física: mobilitat****Quantia sol·licitada****Quantia sol·licitada**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 601 Comandament especial per a cadira de rodes elèctrica | <input type="checkbox"/> 603 Cadira lleugera |
| <input type="checkbox"/> 602 Cadira vertical                                      |  |

**Disminució física: posicionament****Quantia sol·licitada****Quantia sol·licitada**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 622 Respatller per a tetraplègics o amb problemes de posició | <input type="checkbox"/> 624 Falca de posicionament |
| <input type="checkbox"/> 623 Cadira d'interior de posicionament                       | <input type="checkbox"/> 625 Coixí per aixecar-se   |

**Disminució física: comunicació****Quantia sol·licitada****Quantia sol·licitada**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 306 Faristol                                 | <input type="checkbox"/> 662 Programa de símbols i text per a la comunicació |
| <input type="checkbox"/> 651 Ordinador                                | <input type="checkbox"/> 663 Processador de textos amb veu                   |
| <input type="checkbox"/> 652 Impressora                               | <input type="checkbox"/> 664 Tauleta sensible                                |
| <input type="checkbox"/> 313 Escàner                                  | <input type="checkbox"/> 665 Licorni   |
| <input type="checkbox"/> 653 Guia per a disquets                      | <input type="checkbox"/> 666 Commutador                                      |
| <input type="checkbox"/> 654 Cobertor de teclat                       | <input type="checkbox"/> 667 Senyalitzador làser                             |
| <input type="checkbox"/> 655 Caixa de connexions                      | <input type="checkbox"/> 668 Apuntador lluminós                              |
| <input type="checkbox"/> 656 Emulador de ratolí                       | <input type="checkbox"/> 669 Passapàgines electrònic                         |
| <input type="checkbox"/> 657 Accés alternatiu a l'ordinador per a MAC | <input type="checkbox"/> 670 Comunicador de baixa autonomia                  |
| <input type="checkbox"/> 658 Accés alternatiu a l'ordinador per a PC  | <input type="checkbox"/> 671 Comunicador d'alta autonomia                    |
| <input type="checkbox"/> 659 Reconeixement de veu                     | <input type="checkbox"/> 672 Sistema de muntatge a la cadira                 |
| <input type="checkbox"/> 660 Síntesi de veu                           | <input type="checkbox"/> 673 Amplificador de la parla                        |
| <input type="checkbox"/> 661 Mòdem                                    | <input type="checkbox"/> 674 Avisador  |
|   | <input type="checkbox"/> 675 Teclat alternatiu                               |

**Disminució física: accessibilitat****Quantia sol·licitada****Quantia sol·licitada**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 708 Cadira per pujar i baixar escales | <input type="checkbox"/> 710 Aparell pujaescales portàtil |
| <input type="checkbox"/> 709 Rampes manuals portàtils          | <input type="checkbox"/> 711 Automatisme de portes        |

**Disminució física: vehicle****Quantia sol·licitada****Quantia sol·licitada**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 740 Plataforma elevadora de furgoneta o transformació de carrosseria en vehicle monovolum | <input type="checkbox"/> 108 Cinturó de seguretat tipus arnès           |
| <input type="checkbox"/> 741 Ancoratges (furgoneta)  | <input type="checkbox"/> 744 Base giratòria per al seient de vehicle    |
| <input type="checkbox"/> 742 Elevador de persona per a cotxe o grua de cotxe per a cadira de rodes                 | <input type="checkbox"/> 745 Rampa manual fixa al terra de la furgoneta |

| Disminució física: altres                                       | Quantia sol·licitada | Quantia sol·licitada  |
|---|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 761 Adaptacions per al joc i el lleure |                      | <input type="checkbox"/> 767 Automatisme de finestres i/o persianes       |
| <input type="checkbox"/> 762 Politges                           |                      | <input type="checkbox"/> 768 Comandament a distància per control d'entorn |
| <input type="checkbox"/> 763 Paral·leles                        |                      | <input type="checkbox"/> 769 Posicionador d'avantbraç                     |
| <input type="checkbox"/> 764 Passamans                          |                      | <input type="checkbox"/> 770 Taula d'activitats                           |
| <input type="checkbox"/> 765 Protector de cap                   |                      | <input type="checkbox"/> 772 Receptor per al control de l'entorn          |
| <input type="checkbox"/> 766 Laringòfon                         |                      |   |

| Altres ajudes de caràcter excepcional | Quantia sol·licitada | Altres ajudes de caràcter excepcional | Quantia sol·licitada |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
|                                       |                      |                                       |                      |
|                                       |                      |                                       |                      |
|                                       |                      |                                       |                      |

(\*) Les prestacions senyalades amb un asterisc requereixen informació addicional que caldrà fer constar en els annexos 1, 2, 3 i 4.

**Dades bancàries de la persona sol·licitant o representant legal-tutor/a que signa la sol·licitud**  
(cal emplenar totes les dades)

Banc o caixa d'estalvis Agència núm.

Adreça Núm. Codi postal

Municipi

Banc o caixa Agència Dígit control Núm. compte corrent o llibreta

Titular de la llibreta o del compte corrent NIF de la persona titular del compte corrent

Diligència de conformitat de l'entitat financera  
Les dades anteriors coincideixen amb les existents en aquesta oficina.

El/la director/a

Data: Signat i segellat

**Comunicació del Departament de Benestar i Família a la persona que inicia el procediment (o sol·licitant)**

1. En aplicació de l'article 5.2 de la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, el Departament de Benestar i Família 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 Prestacions Individuals de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. La finalitat de la recollida de les dades és la gestió d'aquest ajut 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.

2. El termini màxim de resolució i notificació és de 6 mesos a partir de la data en què la sol·licitud hagi tingut entrada a qualsevol dels registres del Departament de Benestar i Família o 6 mesos a partir de l'endemà de la data de finalització del termini de presentació de sol·licituds pel que fa a les ajudes de mobilitat, transport per formació reglada postobligatòria o ocupacional i ajudes per a l'autonomia personal i la comunicació. El sentit del silenci administratiu és desestimatori.

3. Aquests ajuts se sotmetran al règim fiscal vigent en el moment del seu atorgament.

## Detall de les dades dels membres de la unitat familiar (sense la persona beneficiària)

### Dades del membre de la unitat familiar

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nom  | Primer cognom                              | Segon cognom                                     |
| Tipus d'identificació  | Número identificador del document - lletra | Data de naixement                                |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport |  |  |
| Relació amb la persona beneficiària <sup>(1)</sup>   | Percentatge de disminució (%)              | Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior |

Consenteixo que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, la Tresoreria General de la Seguretat Social i l'Institut Nacional de la Seguretat Social dipositaris de les meves dades personals, les cedeixin al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a la prestació que se sol·licita.

Signatura del membre de la unitat familiar

### Dades del membre de la unitat familiar

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nom  | Primer cognom                              | Segon cognom                                     |
| Tipus d'identificació  | Número identificador del document - lletra | Data de naixement                                |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport |  |  |
| Relació amb la persona beneficiària <sup>(1)</sup>   | Percentatge de disminució (%)              | Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior |

Consenteixo que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, la Tresoreria General de la Seguretat Social i l'Institut Nacional de la Seguretat Social dipositaris de les meves dades personals, les cedeixin al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a la prestació que se sol·licita.

Signatura del membre de la unitat familiar

### Dades del membre de la unitat familiar

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nom  | Primer cognom                              | Segon cognom                                     |
| Tipus d'identificació  | Número identificador del document - lletra | Data de naixement                                |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport |  |  |
| Relació amb la persona beneficiària <sup>(1)</sup>   | Percentatge de disminució (%)              | Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior |

Consenteixo que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, la Tresoreria General de la Seguretat Social i l'Institut Nacional de la Seguretat Social dipositaris de les meves dades personals, les cedeixin al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a la prestació que se sol·licita.

Signatura del membre de la unitat familiar

(1) Relació amb la persona beneficiària:

|                  |                        |                    |                    |
|------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| Altres           | Cunyat/cunyada         | Guarda legal       | Representant legal |
| Amic/amiga       | Fill/filla             | Guardador/a de fet | Sogre/sogra        |
| Avi/àvia         | Fill/filla del cònjuge | Nebot/neboda       | Tutor/a            |
| Beneficiari/ària | Gendre/nora            | Nét/néta           |                    |
| Cònjuge          | Germà/germana          | Oncle/tia          |                    |
| Cosí/cosina      | Germanastre/a          | Pare/mare          |                    |

## Detall de les dades dels membres de la unitat familiar (sense la persona beneficiària)

### Dades del membre de la unitat familiar

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nom  | Primer cognom                              | Segon cognom                                     |
| Tipus d'identificació  | Número identificador del document - lletra | Data de naixement                                |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport |  |  |
| Relació amb la persona beneficiària <sup>(1)</sup>   | Percentatge de disminució (%)              | Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior |

Consenteixo que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, la Tresoreria General de la Seguretat Social i l'Institut Nacional de la Seguretat Social dipositaris de les meves dades personals, les cedeixin al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a la prestació que se sol·licita.

Signatura del membre de la unitat familiar

### Dades del membre de la unitat familiar

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nom  | Primer cognom                              | Segon cognom                                     |
| Tipus d'identificació  | Número identificador del document - lletra | Data de naixement                                |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport |  |  |
| Relació amb la persona beneficiària <sup>(1)</sup>   | Percentatge de disminució (%)              | Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior |

Consenteixo que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, la Tresoreria General de la Seguretat Social i l'Institut Nacional de la Seguretat Social dipositaris de les meves dades personals, les cedeixin al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a la prestació que se sol·licita.

Signatura del membre de la unitat familiar

### Dades del membre de la unitat familiar

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nom  | Primer cognom                              | Segon cognom                                     |
| Tipus d'identificació  | Número identificador del document - lletra | Data de naixement                                |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport |  |  |
| Relació amb la persona beneficiària <sup>(1)</sup>   | Percentatge de disminució (%)              | Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior |

Consenteixo que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, la Tresoreria General de la Seguretat Social i l'Institut Nacional de la Seguretat Social dipositaris de les meves dades personals, les cedeixin al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a la prestació que se sol·licita.

Signatura del membre de la unitat familiar

(1) Relació amb la persona beneficiària:

|                  |                        |                    |                    |
|------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| Altres           | Cunyat/cunyada         | Guarda legal       | Representant legal |
| Amic/amiga       | Fill/filla             | Guardador/a de fet | Sogre/sogra        |
| Avi/àvia         | Fill/filla del cònjuge | Nebot/neboda       | Tutor/a            |
| Beneficiari/ària | Gendre/nora            | Nét/néta           |                    |
| Cònjuge          | Germà/germana          | Oncle/tia          |                    |
| Cosí/cosina      | Germanastre/a          | Pare/mare          |                    |

**Assistència personal (prestació 006)****Dades específiques del servei**

Població

Nombre d'hores al mes

Nombre de mesos l'any

Import per hora

Explicueu breument les causes que motiven la sol·licitud i descriuiu les tasques.

En cas de percebre prestacions periòdiques d'ajuda a una tercera persona, indiqueu-ne el concepte.

 Gran invalidesa Fill a càrrec

Import anual estimat de la prestació periòdica a una tercera persona

**Persona prestadora del servei** (cal emplenar l'apartat de dades específiques del servei)

Nom

Primer cognom

Segon cognom

Tipus d'identificació

Número identificador del document - lletra

 DNI  NIE  Passaport

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)

Nom de la via

Número

Bloc

Escala

Pis

Porta

Codi postal

Població

Província

**Segona persona prestadora del servei** (en cas que hi hagi una altra persona)

Nom

Primer cognom

Segon cognom

Tipus d'identificació

Número identificador del document - lletra

 DNI  NIE  Passaport

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)

Nom de la via

Número

Bloc

Escala

Pis

Porta

Codi postal

Població

Província

**Centre prestador del servei**

Nom del centre

CIF

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)

Nom de la via

Número

Bloc

Escala

Pis

Porta

**Assistència domiciliària (prestació 008)****Dades específiques del servei**

Població

Nombre d'hores al mes

Nombre de mesos l'any

Import per hora

Marqueu les tasques o activitats que es fan:

 Neteja de la llar Cura de la roba (rentar, planxar, etc.) Preparació d'àpats Altres (especifiqueu-les)

Qui presta el servei d'assistència domiciliària té parentiu amb la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat?

 Sí No**Persona prestadora del servei** (cal emplenar l'apartat de dades específiques del servei)

Nom

Primer cognom

Segon cognom

Tipus d'identificació

Número identificador del document - lletra

 DNI  NIE  Passaport

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)

Nom de la via

Número

Bloc

Escala

Pis

Porta

Codi postal

Població

Província

**Segona persona prestadora del servei** (en cas que hi hagi una altra persona)

Nom

Primer cognom

Segon cognom

Tipus d'identificació

Número identificador del document - lletra

 DNI  NIE  Passaport

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)

Nom de la via

Número

Bloc

Escala

Pis

Porta

Codi postal

Població

Província

**Centre prestador del servei**

Nom del centre

CIF

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)

Nom de la via

Número

Bloc

Escala

Pis

Porta

**Assistència en establiments (centres de dia, prestació 010)****Dades del centre de dia**

|                                    |  |      |        |     |       |
|------------------------------------|--|------|--------|-----|-------|
| Nom del centre                     | CIF  |      |        |     |       |
| Tipus de via (plaça, carrer, etc.) | Nom de la via  |      |        |     |       |
|                                    | Número   | Bloc | Escala | Pis | Porta |
| Població                           | Número del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials |      |        |     |       |
| Nombre de mesos l'any              | Import mensual   |      |        |     |       |

**Assistència en establiments (residències, prestació 011)****Dades de la residència**

|                                    |  |      |        |     |       |
|------------------------------------|--|------|--------|-----|-------|
| Nom del centre                     | CIF  |      |        |     |       |
| Tipus de via (plaça, carrer, etc.) | Nom de la via  |      |        |     |       |
|                                    | Número   | Bloc | Escala | Pis | Porta |
| Població                           | Número del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials |      |        |     |       |
| Nombre de mesos l'any              | Import mensual   |      |        |     |       |

**Ajudes per al transport per a l'atenció precoç (prestació 200)**

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
| Nom del centre  | Població del centre   |  |  |  |  |
| Transport que s'utilitza                                    |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Propi                              | <input type="checkbox"/> Públic, línia regular (metro, bus, etc.) | <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu-los) |  |  |  |
| Distància del centre al domicili de residència <sup>2</sup> |   |  | Nombre de mesos per als quals se sol·licita l'ajut |  |  |
| Nombre de viatges de cada mes <sup>3</sup>                  |   |  | Import total anual                                 |  |  |

(2) En cas de transport en vehicle propi.

(3) Cal considerar els viatges d'anada i tornada com a viatges independents.

**Ajudes per al transport per a rehabilitació (prestació 201)**

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
| Nom del centre  | Població del centre   |  |  |  |  |
| Transport que s'utilitza                                    |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Propi                              | <input type="checkbox"/> Públic, línia regular (metro, bus, etc.) | <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu-los) |  |  |  |
| Distància del centre al domicili de residència <sup>2</sup> |   |  | Nombre de mesos per als quals se sol·licita l'ajut |  |  |
| Nombre de viatges de cada mes <sup>3</sup>                  |   |  | Import total anual                                 |  |  |

(2) En cas de transport en vehicle propi.

(3) Cal considerar els viatges d'anada i tornada com a viatges independents.

**Ajudes per al transport per a formació a majors de 16 anys (prestació 202)**

|   |   |
|---|---|
| Nom del centre  | Població del centre   |
| Transport que s'utilitza                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Propi                              | <input type="checkbox"/> Públic, línia regular (metro, bus, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu-los)          |   |
| Distància del centre al domicili de residència <sup>2</sup> | Nombre de mesos per als quals se sol·licita l'ajut                |
| Nombre de viatges cada mes <sup>3</sup>                     | Import total anual  |

(2) En cas de transport en vehicle propi.

(3) Cal considerar els viatges d'anada i tornada com a viatges independents.

**Ajuda per a intèrpret de persona sorda o sordcega (prestació 999)**

|  |  |
|--|--|
| L'ajuda sol·licitada és per a                            |  |
| <input type="checkbox"/> Intèrpret per a persones sordes | <input type="checkbox"/> Intèrpret per a persones sordcegues |
| Nombre de mesos sol·licitats                             | Import total de l'ajuda sol·licitada                         |

**DECLARO**

1. Que no puc rebre serveis similars per als quals demano l'ajuda en centres propis, concertats o subvencionats per la Generalitat de Catalunya o en altres organismes públics i no puc beneficiar-me d'ajudes econòmiques de la mateixa naturalesa, abast i finalitat, provinents d'entitats públiques o privades.
2. Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'adjunta, i que estic assabentat/ada de l'obligació de comunicar a l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.
3. Que em comprometo a aportar els documents que calgui i que estic assabentat/ada que la falsedat o l'ocultació de dades podria deixar sense efecte l'ajut o ser motiu de cancel·lació.
4. Que manifesto expressament que les quanties sol·licitades són les més idònies en relació amb les activitats a desenvolupar.
5. Que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.
6. Que consento que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, la Tresoreria General de la Seguretat Social i l'Institut Nacional de la Seguretat Social dipositaris de les meves dades personals, les cedeixin al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que compleixo les condicions requerides per a l'accés a la prestació que sol·licito.

Si no voleu donar aquesta autorització senyaleu la casella .

7. Que declaro haver aportat al Departament de Benestar i Família en exercicis anteriors la documentació següent amb el detall que s'especifica, sense haver transcorregut més de cinc anys ni haver-se produït cap modificació en el seu contingut.

| Relació de la documentació | Any de presentació | Expedient per al qual es va aportar el document |
|----------------------------|--------------------|---|
| - .....                    | .....              | .....   |
| - .....                    | .....              | .....   |
| - .....                    | .....              | .....   |
| - .....                    | .....              | .....   |

Població

Data

Signatura de la persona sol·licitant

## Documentació general que cal lliurar amb la sol·licitud

---

- Fotocòpia del DNI, NIE o passaport vigent de la persona beneficiària i representant legal, en el cas de tractar-se de menors d'edat o majors d'edat amb **incapacitació legal**.
- 

## Circumstàncies socials

---

- Certificat de convivència (no d'empadronament) de la unitat econòmica familiar..
- 

## Declaració d'ingressos econòmics

---

### 1. En cas de persona beneficiària major d'edat

- Declaració de l'IRPF de 2004.  
- Si no es disposa d'aquest document:
- Certificat d'empresa referit als ingressos de 2004.
  - Rendes de capital, prestacions, pensions, etc.

### 2. En cas de persona beneficiària menor d'edat o major d'edat incapacitada legal i sense ingressos propis

- Declaració de l'IRPF de 2004 de tots els membres de la unitat familiar..  
- Si no es disposa d'aquest document:
- Certificat d'empresa referit als ingressos de 2004.
  - Rendes de capital, prestacions, pensions, etc.

### 3. En cas d'endossament del pagament

- Document d'autorització degudament emplenat.  
 Fotocòpia del DNI de la persona o CIF de l'entitat cobradora de l'ajut.  
 Sol·licitud de transferència bancària per a pagaments de la Tresoreria de la Generalitat de Catalunya a creditors degudament emplenada i sense cap esmena, de la persona o entitat cobradora de l'ajut.<sup>(1)</sup>
- 

(1) El podeu trobar a <http://www.gencat.net/economia/formularis.htm>

## Tractaments (prestacions 002, 003 i 004)

---

### Persona beneficiària

- Programa del tractament per al qual se sol·licita l'ajuda, referit a l'any en curs i a la persona beneficiària, elaborat i signat pel professional que l'imparteix.  
 Pressupost original, signat pel professional que imparteix el tractament o bé pel director del centre (amb segell del centre) referit a l'any en curs, on s'especifiqui:
- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| - Nombre de dies en què es duu a terme el tractament.        | - Nom de la persona beneficiària.  |
| - Nombre de sessions mensuals i hores mensuals.              | - Tipus de tractament sol·licitat. |
| - Nombre de mesos l'any en què es duu a terme el tractament. | - Import de cada sessió.           |

### Professional que aplica el tractament

- Quan no es tracti d'un centre propi concertat o subvencionat per la Generalitat de Catalunya o altres organismes públics, s'haurà de presentar una declaració formal emesa pel centre o pel professional que imparteix el tractament.  
- En cas d'ajuda per a psicomotricitat, rehabilitació del llenguatge o fisioteràpia i en cas d'alumnes escolaritzats en centres d'ensenyament ordinaris o en centres d'educació especial:
- Informe de l'equip d'assessorament i orientació psicopedagògica en què consti si l'alumne/a rep o no el/s tractament/s sol·licitats, per mitjà dels serveis que disposa el Departament d'Educació.
- Fotocòpia de la titulació adient del professional que duu a terme el tractament sol·licitat.
-

## Assistència personal o domiciliària (prestacions 006 i 008)

---

- Si la persona que presta el servei fa 72 hores mensuals o més:

- Document acreditatiu (fotocòpia de la butlleta de cotització com a treballador/a autònom/a) de la seva situació d'alta a la Seguretat Social en el règim de treballadors de la llar (Decret 2346/1969).

- Si la persona que presta el servei no té la nacionalitat espanyola:

- Permís actualitzat de residència i treball.
- 

## Assistència en establiments (centres de dia i residències, prestacions 010 i 011)

---

Pressupost original del centre, degudament segellat i referit a l'any 2005.

En cas que la persona beneficiària pateixi una malaltia mental, cal aportar l'informe mèdic psiquiàtric, segons model adjunt a l'imprès de sol·licitud(\*).

---

## Permís de conduir (obtenció o renovació, prestacions 100 i 101)

---

Fotocòpia del certificat mèdic oficial necessari per a l'obtenció del permís de conduir, expedit pels centres específics autoritzats.

Pressupost signat i segellat per una autoescola i referit a l'any 2005.

---

## Adquisició de vehicle (prestacions 102 i 110)

---

Fotocòpia (anvers i revers) del permís de conduir vigent de la persona beneficiària de l'ajuda, en la qual consti les condicions restrictives de la persona disminuïda.

- Si té el permís de conduir en tràmit:

- Fotocòpia del certificat mèdic oficial necessari per a l'obtenció del permís de conduir.

Pressupost original o fotocòpia de la factura del vehicle, segellat pel concessionari, referit a l'any 2005.

Si es tracta d'una compravenda entre particulars, fotocòpia del contracte corresponent.

---

## Adaptacions del vehicle (prestacions 103, 104, 105, 106, 108, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 117 i 118)

---

Fotocòpia (anvers i revers) del permís de conduir vigent de la persona beneficiària de l'ajuda, en què constin les condicions restrictives de la persona disminuïda.

- Si teniu el permís de conduir en tràmit:

- Fotocòpia del certificat mèdic oficial necessari per a l'obtenció del permís de conduir.

Pressupost original, signat i segellat, de l'adaptació referit a l'any 2005.

En cas que es tracti d'un vehicle automàtic, cal presentar el pressupost total del vehicle.

---

## Transport (prestacions 200, 201 i 202)

---

Certificat del centre que acrediti els dies d'assistència setmanal, les setmanes i els mesos.

- En cas de transport per assistir a ensenyament reglat postobligatori i formació ocupacional per a alumnes majors de 16 anys:

Certificat del centre, indicant clarament quins són els estudis fets, així com si es tracta d'un ensenyament reglat i postobligatori.

---

## Ajudes tècniques (prestacions de la 300 a la 772)

---

Pressupost original o fotocòpia de la factura de l'ajuda sol·licitada, referit a l'any 2005, signada i segellada per la persona distribuïdora.

Es pot adjuntar el dictamen facultatiu sobre la prescripció de l'ajuda tècnica sol·licitada.

---

## Intèrpret per a persona sorda o sordcega (prestacions 999)

---

Autorització del centre que ho acrediti i l'assistència de la persona beneficiària.

---

**Informe mèdic/psiquiàtric per accedir al Programa d'ajudes d'atenció social a persones amb disminució (\*)**

---

....., metge/essa, psiquiatre/a del Centre  
(nom i cognoms)  
de Salut Mental per a adults de .....  
(denominació del CSMA)  
col·legiat/ada a ..... amb el núm. ....  
(província)

**Certifico:**

1. Que el senyor/la senyora .....  
amb DNI núm. .... Sí  No  pateix un trastorn psiquiàtric que  
s'acompanya d'una gravetat clínica i d'una evolució crònica.

2. Que el seu estat de salut actual Sí  No  requereix que se li presti atenció sanitària  
continuada en l'establiment on sol·licita ingressar, i que Sí  No  li permet viure en règim  
obert, en un servei de caràcter social.

....., a ..... d..... de .....

Signatura del/de la metge/essa i segell del centre.

---

**Nota important:**

Aquest certificat té una validesa de sis mesos a comptar a partir de la data de signatura.

---