



Núm. d'expedient: _____/_____/_____

Sol·licitud de prestació social de caràcter econòmic de dret de concurrència d'atenció social a persones amb discapacitat per a l'any 2021

Dades d'identificació de la persona beneficiària

Nom	Primer cognom	Segon cognom
<hr/>		
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'omplir en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
<hr/>		
Tipus d'identificació	Número identificador del document - lletra	
<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TIF		
<hr/>		
Gènere	Data de naixement	
<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> No binari		
<hr/>		
Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior		

NOTA:

En el total d'ingressos bruts s'hi han de computar tots els ingressos o els rendiments de 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		
<hr/>				
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
<hr/>				
Codi postal		Població		
<hr/>				
Telèfon fix		Telèfon mòbil	Adreça de correu electrònic	

Dades d'identificació de la persona representant legal

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

Nom	Primer cognom	Segon cognom
<hr/>		
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'omplir en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
<hr/>		
Tipus d'identificació	Número identificador del document - lletra	Telèfon
<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE		

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

Tipus de via (plaça, carrer, etc)		Nom de la via		
<hr/>				
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
<hr/>				
Codi postal		Població		
<hr/>				
Telèfon fix		Telèfon mòbil	Adreça de correu electrònic	

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

Ajuts per a mobilitat	Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 100 Reconversió del permís de conduir		<input type="checkbox"/> 109 Accelerador electrònic (vehicles amb coixí de seguretat)
<input type="checkbox"/> 101 Obtenció del permís de conduir		<input type="checkbox"/> 112 Fre d'estacionament elèctric
<input type="checkbox"/> 103 Embragament o vehicle automàtic		<input type="checkbox"/> 114 Accelerador i fre per a persones amb tetraplegia
<input type="checkbox"/> 104 Fre autoblocador		<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"/> 118 Telecomandament de funcions de conducció
<input type="checkbox"/> 108 Cinturó de seguretat tipus arnès		<input type="checkbox"/> 119 Altres adaptacions de les accions per a la conducció

Ajuts per a transport per assistir a determinats serveis	Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 200* Transport per a l'atenció precoç		<input type="checkbox"/> 202* Ensenyament reglat postobligatori i formació ocupacional en centres autoritzats per a l'alumnat de més de 16 anys

Ajuts per a l'autonomia personal i la comunicació	Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 301 Anotador parlant i accessoris		<input type="checkbox"/> 317 Programa per utilitzar l'escàner ROC - (OCR)
<input type="checkbox"/> 303 Lupa TV		<input type="checkbox"/> 318 Programa per utilitzar Windows amb síntesi de veu o revisor de pantalla per a PC
<input type="checkbox"/> 304 Lupa amb llum		<input type="checkbox"/> 320 Línia Braille
<input type="checkbox"/> 305 Lupa		<input type="checkbox"/> 322 Telèfon mòbil amb veu
<input type="checkbox"/> 306 Faristol		<input type="checkbox"/> 323 Lupa electrònica portàtil
<input type="checkbox"/> 308 Impressora Braille		<input type="checkbox"/> 324 Telemicroscopi o telescopi
<input type="checkbox"/> 310 Programa de magnificació de caràcters		<input type="checkbox"/> 325 Lector d'etiquetes parlant
<input type="checkbox"/> 311 Reproductor		<input type="checkbox"/> 326 Detector de colors
<input type="checkbox"/> 312 Ulleres o lents de contacte per corregir dèficit de refracció		<input type="checkbox"/> 328 Comunicador per a persones sordcegues
<input type="checkbox"/> 314 Llum flexo		<input type="checkbox"/> 330 Ulleres prismàtiques o microscòpiques
<input type="checkbox"/> 315 Mesurador de glucèmia amb veu		<input type="checkbox"/> 331 Teclat Braille
<input type="checkbox"/> 316 Filtres		

Discapacitat auditiva	Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 403 Telèfon amb amplificació i/o bobina (sense fils o de taula)		<input type="checkbox"/> 413 Amplificador magnètic de transmissió del so
<input type="checkbox"/> 404 Despertador		<input type="checkbox"/> 415 Receptor de senyals acústics
<input type="checkbox"/> 405 Transmissor del so del timbre del telèfon		<input type="checkbox"/> 418 Auricular amplificador per a TV o àudio
<input type="checkbox"/> 406 Transmissor del so del timbre de la porta		<input type="checkbox"/> 429 Avisador d'alarmes contra incendis
<input type="checkbox"/> 407 Transmissor per vigilar bebès		
<input type="checkbox"/> 408 Un audiòfon <input type="checkbox"/> Oïda Dreta <input type="checkbox"/> Oïda Esquerra		<input type="checkbox"/> 998* Prestació per curs d'aprenentatge de la llengua de signes o curs de lectura labial o curs de discriminació auditiva per a adults
<input type="checkbox"/> 409 Dos audiòfons		<input type="checkbox"/> 999* Prestació per a intèrpret per a persones sordes i persones sordcegues per a cursos d'ensenyament reglat postobligatori i formació ocupacional en centres autoritzats
<input type="checkbox"/> 410 Equip de comunicació amb freqüència modulada (FM)		

Discapacitat física, intel·lectual o mental: dormitori	Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 501 Llit articulad		<input type="checkbox"/> 507 Barra lateral de llit
<input type="checkbox"/> 503 Matalàs o sobrematalàs antiescares		<input type="checkbox"/> 508 Llit clínic (inclou somier articulad, carro elevador i baranes)
<input type="checkbox"/> 504 Baranes de llit		

Discapacitat física, intel·lectual o mental: higiene personal i activitats de la vida diària

Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 530 Fusta de banyera	<input type="checkbox"/> 538 Barra abatible
<input type="checkbox"/> 531 Cadira, banc o tamboret de dutxa	<input type="checkbox"/> 539 AÇavàter amb recolzabraços
<input type="checkbox"/> 532 Seient giratori de banyera	<input type="checkbox"/> 540 Plataforma abatible de dutxa
<input type="checkbox"/> 533 Seient elevador de banyera	<input type="checkbox"/> 542 Hamaca de bany
<input type="checkbox"/> 534 Barres de paret	<input type="checkbox"/> 543 Reductor seient amb subjeccions (infants i joves fins a 16 anys)
<input type="checkbox"/> 535 Cadira de dutxa i vàter	<input type="checkbox"/> 544 Vàter bidet
<input type="checkbox"/> 536 Seient abatible de dutxa	<input type="checkbox"/> 547 Estris per a activitats de la vida diària
<input type="checkbox"/> 537 AÇavàter	<input type="checkbox"/> 549 Cadira de dutxa i vàter basculant amb accessoris

Discapacitat física, intel·lectual o mental: transferències

Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 570 Grua d'elevació	<input type="checkbox"/> 575 Arnès per a grua
<input type="checkbox"/> 571 Trapezi	<input type="checkbox"/> 576 Disc giratori amb recolzament
<input type="checkbox"/> 572 Taula de transferències	<input type="checkbox"/> 577** Grua de bipedestació
<input type="checkbox"/> 573 Disc giratori	<input type="checkbox"/> 578 Grua de sostre
<input type="checkbox"/> 574 Plataforma de transferències	<input type="checkbox"/> 579 Tapissos lliscants i elements de reposicionament

Discapacitat física, intel·lectual o mental: mobilitat

Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 604 Motor propulsor per a cadira manual per a l'assistent	<input type="checkbox"/> 606 Cadira per al desplaçament a l'interior, tipus despatx, amb fre manual i diferents tipus de seients i accessoris
<input type="checkbox"/> 605 Motors o sistemes que facilitin l'autopropulsió de cadires de rodes manuals per a la persona usuària	

Discapacitat física, intel·lectual o mental: posicionament

Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 623 Cadira d'interior de posicionament amb regulacions o xassis d'interior per a seient de posicionament	<input type="checkbox"/> 626 Cadira d'interior amb taula
<input type="checkbox"/> 624 Falques o sistemes de posicionament	<input type="checkbox"/> 627 Cadira o seient de posicionament no regulable

Discapacitat física, intel·lectual o mental: comunicació

Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 306 Faristol	<input type="checkbox"/> 671* Comunicador de pantalla dinàmica i/o ortogràfic
<input type="checkbox"/> 655 Adaptador USB per a commutadors	<input type="checkbox"/> 672 Sistema de muntatge de dispositiu electrònic al llit o a la cadira
<input type="checkbox"/> 656 Ratolí alternatiu	<input type="checkbox"/> 674 Avisador
<input type="checkbox"/> 658 Programa d'accés alternatiu a l'ordinador	<input type="checkbox"/> 675 Teclat alternatiu o adaptació de teclat
<input type="checkbox"/> 662 Programa de símbols i/o text per a la comunicació amb síntesi de veu	<input type="checkbox"/> 676 Adaptació per al mòbil
<input type="checkbox"/> 665 Licorni	<input type="checkbox"/> 677 Altres sistemes d'accés a l'ordinador o comunicador
<input type="checkbox"/> 666 Commutador	<input type="checkbox"/> 678 Braç de suport per al posicionament de perifèrics
<input type="checkbox"/> 670** Comunicador senzill (de caselles o botons)	<input type="checkbox"/> 679 Comunicador d'un sol botó

Discapacitat física, intel·lectual o mental: accessibilitat

Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 708 Cadira per pujar i baixar escales (amb dues persones)	<input type="checkbox"/> 711 Automatisme de portes
<input type="checkbox"/> 709 Rampes manuals portàtils	<input type="checkbox"/> 712 Cadira salvaescales (instal·lació fixa)
<input type="checkbox"/> 710** Aparell salvaescales portàtil	<input type="checkbox"/> 713 Plataforma salvaescales o elevador vertical

Discapacitat física, intel·lectual o mental: vehicle

Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 738 Plataforma per a furgoneta	<input type="checkbox"/> 745 Rampa manual fixa al terra de la furgoneta
<input type="checkbox"/> 739 Seient de vehicle adaptable a xassis de cadira de rodes	<input type="checkbox"/> 746 Seient de vehicle adaptat amb subjeccions
<input type="checkbox"/> 740 Transformació de carrosseria	<input type="checkbox"/> 747 Grua de cadira de rodes
<input type="checkbox"/> 741 Ancoratges (furgoneta)	<input type="checkbox"/> 748 Base giratòria amb elevació
<input type="checkbox"/> 742 Grua de persona	<input type="checkbox"/> 749 Taula de transferències elèctrica
<input type="checkbox"/> 744 Base giratòria per al seient del vehicle	<input type="checkbox"/> 108 Cinturó de seguretat tipus arnès

Discapacitat física, intel·lectual o mental: altres	Quantia	Quantia
<input type="checkbox"/> 764 Passamans		<input type="checkbox"/> 768 Sistema de control d'entorn
<input type="checkbox"/> 765 Protector de cap		<input type="checkbox"/> 770 Taula adaptada
<input type="checkbox"/> 766 Laringòfon o mans lliures per a pròtesi fonatòria		<input type="checkbox"/> 771 Suport de cap actiu

Prestació per a persones usuàries de gos d'assistència	Quantia
<input type="checkbox"/> 773 Prestació econòmica pel manteniment d'un gos d'assistència	

Altres ajudes de caràcter excepcional	Quantia	Altres ajudes de caràcter excepcional	Quantia

(*) Les prestacions senyalades amb un asterisc requereixen informació addicional que caldrà fer constar a l'annex 1.
(**) Per a l'ajut de *Comunicador senzill (de caselles o botons) (670) i Comunicador de pantalla dinàmica i/o ortogràfic (671)*, cal presentar un informe complementari (annex 2). Per l'ajut *Grua de bipedestació o de sostre (577)* cal presentar un informe complementari (annex 3) i per l'ajut *Aparell salvaescales portàtil (710)* cal aportar l'informe complementari (annex 4).

Dades bancàries

Empleneu les dades següents, tenint en compte que:

- La persona beneficiària ha de ser titular o cotitular de la llibreta o del compte corrent.
- En el cas que la persona beneficiària sigui menor d'edat, aquesta ha de figurar al compte bancari o d'estalvi.
- El nom i el DNI/NIF/NIE/TIF del titular del compte han de ser els de la persona beneficiària de la prestació, encara que aquesta sigui menor d'edat o incapacitada legalment.

Titular de la llibreta o del compte corrent

DNI/NIF/NIE del/de la titular del compte

Codi IBAN

SWIFT/BIC

(Aquesta segona fila només s'ha d'emplenar en el cas d'entitats bancàries estrangeres)

Marqueu amb una X si presenteu aquestes dades per primera vegada a la Generalitat de Catalunya, si han transcorregut més de cinc anys des de la darrera presentació o bé si les heu modificat.

Únicament en cas que hàgiu marcat aquesta opció, cal que l'entitat bancària doni conformitat a l'apartat següent:

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

Signatura del/de la director/a de l'entitat

Segell de l'entitat

Comunicació del Departament a la persona sol·licitant

1. Informació bàsica de protecció de dades del tractament "Prestacions socials"

Responsable del tractament: Secretaria General del Departament de Drets Socials.

Finalitat: La finalitat és gestionar les prestacions socials a les persones en l'àmbit competencial de l'entitat i gestionar els recursos disponibles a tal efecte.

Legitimació: El tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament.

Destinatari: Les dades es cediran a l'Agència Tributària (Llei 35/2006, de 28 de novembre, de l'impost sobre la renda de les persones físiques i de modificació parcial de les lleis dels impostos sobre societats, sobre la renda de no residents i sobre el patrimoni, i Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària), a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, a la Tresoreria de la Generalitat de Catalunya i al CatSalut, d'acord amb les seves competències, i a altres administracions públiques i entitats de dret públic vinculades en matèria de serveis socials.

Drets de les persones interessades: Podeu accedir a les vostres dades, rectificar-les o suprimir-les, oposar-vos al tractament i sol·licitar-ne la limitació, quan sigui procedent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a autonomiaidiscapacitat.dso@gencat.cat) i signat electrònicament amb el DNI electrònic o certificat digital reconegut).

Informació addicional al web: <https://dretssocials.gencat.cat/protecciondades>

Amb la vostra signatura, autoritzeu explícitament la unitat responsable per al tractament de categories especials de dades amb les finalitats indicades.

2. El termini màxim de resolució i notificació d'aquesta sol·licitud administrativa és de 3 mesos, a comptar de l'endemà de la data de finalització del termini de presentació de sol·licituds. El sentit del silenci administratiu és desestimatori.

3. Aquestes prestacions se sotmetran al règim fiscal vigent en el moment d'atorgar-se.

Les prestacions per a la mobilitat i el transport es considerarà rendiment subjecte a l'impost sobre la renda de les persones físiques (IRPF) i no exempt, per tenir la consideració de guany patrimonial. Això no obstant, la determinació de l'obligació de declarar de cada contribuent perceptor de l'ajut s'efectuarà conforme a les regles de l'article 96 de la Llei 35/2006, de 28 de novembre, de l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques i de modificació parcial de les lleis dels impostos sobre societats, sobre la Renda de no Residents i sobre el Patrimoni.

Pel que fa a les prestacions per a l'autonomia personal i la comunicació tenen la consideració de guany patrimonial llevat de les prestacions següents que queden exempts de gravamen: ulleres i lents de contacte, audíofons. Això no obstant, la determinació de l'obligació de declarar de cada contribuent perceptor de l'ajut s'efectuarà conforme a les regles de l'article 96 de la Llei 35/2006, de 28 de novembre, de l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques i de modificació parcial de les lleis dels impostos sobre societats, sobre la Renda de no Residents i sobre el Patrimoni.

4. D'acord amb l'art 35 de la Llei 26/2010, del 3 d'agost de règim jurídic i de procediment de les administracions públiques de Catalunya, s'entén per declaració responsable el document subscrit per la persona interessada en què declara, sota la seva responsabilitat, que compleix els requisits establerts en la normativa vigent per accedir al reconeixement d'un dret o facultat o per al seu exercici, que disposa de la documentació acreditativa corresponent i que es compromet a mantenir-ne el compliment durant la vigència d'aquest reconeixement o exercici. La presentació de la declaració responsable faculta el Departament a verificar la conformitat de les dades que s'hi contenen sempre que sigui possible, o bé a efectuar el requeriment de documentació quan sigui necessari.

5. D'acord amb la disposició addicional setena de la Llei 2/2014, de 27 de gener, de mesures fiscals, administratives, financeres i del sector públic, publicada el dia 30 de gener al DOGC, s'habiliten les administracions públiques competents en matèria de serveis socials perquè puguin comprovar, d'ofici i sense consentiment previ de les persones interessades, les dades personals declarades pels sol·licitants de les prestacions regulades per la Llei 12/2007, de l'11 d'octubre, de serveis socials, i pel decret que aprova la Cartera de Serveis Socials, i, si escau, les dades identificadores, la residència, el parentiu, la situació de discapacitat o dependència, el patrimoni i els ingressos dels membres de la unitat econòmica de convivència, amb la finalitat de comprovar si es compleixen en tot moment les condicions necessàries per a la percepció de les prestacions i en la quantia legalment reconeguda.

A l'efecte del que estableix l'apartat anterior, s'entén per *unitat econòmica de convivència* la formada per la persona beneficiària amb el seu cònjuge o parella de fet i els familiars fins al segon grau de consanguinitat que hi conviuen en el mateix domicili.

Detall de les dades dels membres de la unitat familiar si n'estan a càrrec (sense incloure-hi la persona beneficiària)

Dades del membre de la unitat familiar

Nom	Nom sentit (*)	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	Data de naixement
Relació amb la persona beneficiària ^(a)		Percentatge de discapacitat (%)	Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior

Dades del membre de la unitat familiar

Nom	Nom sentit (*)	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	Data de naixement
Relació amb la persona beneficiària ^(a)		Percentatge de discapacitat (%)	Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior

Dades del membre de la unitat familiar

Nom	Nom sentit (*)	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	Data de naixement
Relació amb la persona beneficiària ^(a)		Percentatge de discapacitat (%)	Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior

Dades del membre de la unitat familiar

Nom	Nom sentit (*)	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	Data de naixement
Relació amb la persona beneficiària ^(a)		Percentatge de discapacitat (%)	Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior

Dades del membre de la unitat familiar

Nom	Nom sentit (*)	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	Data de naixement
Relació amb la persona beneficiària ^(a)		Percentatge de discapacitat (%)	Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior

Dades del membre de la unitat familiar

Nom	Nom sentit (*)	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	Data de naixement
Relació amb la persona beneficiària ^(a)		Percentatge de discapacitat (%)	Total d'ingressos bruts anuals de l'any anterior

a) Relació amb la persona beneficiària:

Altres	Cunyat/cunyada	Guarda legal	Representant legal
Amic/amiga	Fill/filla	Guardador/a de fet	Sogre/a
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	

(*) Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.

Declaracions

1. Declaro, sota la meva responsabilitat, que tinc reconegut un grau de discapacitat igual o superior al 33% o en tot cas, que he presentat la sol·licitud de valoració o revisió de grau de discapacitat abans de la publicació de l'Ordre d'aquesta convocatòria.

En el cas dels més petits de 4 anys, declaro que la persona beneficiària té diagnosticat un retard en el desenvolupament maduratiu.

2. Declaro, sota la meva responsabilitat, que he residit legalment a Catalunya durant cinc anys, dos dels quals han estat immediatament anteriors a la data de presentació d'aquesta sol·licitud.

3. Declaro, sota la meva responsabilitat, que tinc reconeguda la condició de persona catalana retornada, d'acord amb el que disposa la Llei 25/2002, de 25 de novembre, de mesures de suport al retorn dels catalans emigrants i llurs descendents, i de segona modificació de la Llei 18/1996.

4. Declaro, sota la meva responsabilitat, que estic al corrent de les obligacions tributàries davant la Generalitat, l'Estat i de la Seguretat Social.

5. Declaro, sota la meva responsabilitat que en cas d'actuar com a representant legal de la persona discapacitada sol·licitant, gaudeixo d'aquesta representació.

6. Declaro, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, que la documentació que s'adjunta és una còpia idèntica del document original, que compleix les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i que estic assabentat/ada de l'obligació de comunicar al Departament qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.

7. Declaro, que he informat a la resta de persones membres de la meva unitat econòmica de convivència que aquest Departament podrà comprovar d'ofici i sense consentiment previ les dades identificatives, residència, parentiu, situació de discapacitat o dependència, patrimoni i ingressos, atesa l'habilitació legal establerta en la Llei 2/2014, de 27 de gener, de mesures fiscals, administratives, financeres i del sector públic.

8. Declaro, que estic assabentat que no puc rebre serveis similars als sol·licitats en establiments públics o concertats o subvencionats amb càrrec a fons públics, ni beneficiar-me d'ajuts i prestacions de la mateixa naturalesa, abast i finalitat provinents d'entitats públiques i que m'obliga a comunicar a l'administració els ajuts o prestacions econòmiques de la mateixa naturalesa abast i finalitat provinents d'entitats públiques o privades, als efectes de les incompatibilitats previstes a l'article 4.3 del Decret 24/1998, de 4 de febrer, per qual es regula el Programa d'ajudes d'atenció social a persones amb disminució.

9. Declaro 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.

10. Declaro que les quanties sol·licitades són les més idònies en relació amb les activitats que cal desenvolupar.

11. Declaro que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.

12. Declaro que he aportat a aquest Departament en exercicis anteriors la documentació següent amb el detall que s'especifica tot seguit, sense que hagin transcorregut més de cinc anys ni s'hagi produït cap modificació en el seu contingut.

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

.....
.....
.....
.....

Localitat

Data

Signatura de la persona sol·licitant

Documentació que cal adjuntar a la sol·licitud

D'aquests documents n'heu d'adjuntar una còpia, excepte que s'indiqui el contrari:

Dades personals i administratives

- Certificat d'inscripció en el Registre Central d'Estrangers, carta verda i passaport, vigents en cas de persones estrangeres comunitàries.
- Targeta de resident (TIE) vigent, en el cas que la persona amb discapacitat sol·licitant sigui una persona estrangera no comunitària.
- Document identificador de la persona amb discapacitat sol·licitant NIE o targeta TIF (per als menors de 14 anys que no disposin de DNI/NIF). (2)
- NIE de la persona que actua com a tutor, en el cas de tractar-se de menors d'edat o majors d'edat amb incapacitació legal. (2)
- Sentència d'incapacitació i nomenament de tutor, en el cas de tractar-se de majors d'edat amb incapacitació legal.
- Certificat/s de residència del/s període/s anterior/s al 2006 que siguin necessaris per acreditar el total de 5 anys d'empadronament a Catalunya. (1)
- Certificat que acrediti la residència legal durant 5 anys, de la persona sol·licitant si es tracta d'una persona estrangera no comunitària. (Aquest certificat s'ha de sol·licitar a les dependències de la Direcció General de Policia i de la Guàrdia Civil, a l'oficina d'estrangeria o a les comissaries de la policia nacional).

- En el cas que es tracti d'una dona víctima de violència masclista que hagi hagut de marxar del seu lloc de residència, sentència o acreditació judicial que hi ha un procediment obert que justifiqui l'existència d'una situació de maltractament o qualsevol dels documents previstos com a mitjà de prova qualificats per a la identificació de les situacions de violència masclista en l'article 33 de la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret a les dones a eradicar la violència masclista.

(1) Si ha residit 5 anys a Catalunya a comptar des de l'any 2006, no caldrà que presenti cap certificat d'empadronament.

D'acord amb l'habilitació legal establerta a la disposició 7a de la Llei 2/2014, no caldrà aportar el document identificador (DNI/NIF) de la persona amb discapacitat, ni de qui actui com a tutor/a o com a representant legal. Tampoc cal aportar el volant de convivència de la unitat econòmica familiar.

(2) En el cas del NIE, atès que no es pot fer la consulta davant l'organisme corresponent, cal que l'aporteu.

Dades econòmiques

De la persona discapacitada sol·licitant major d'edat i, si escau, de les persones membres de la unitat familiar de convivència que estiguin a càrrec de la persona sol·licitant:

En cas de no tenir l'obligació de presentar la declaració de l'IRPF i en cas que l'Agència Estatal d'Administració Tributària no disposi de cap dada econòmica, caldrà presentar:

- certificat o justificant d'ingressos, prestacions econòmiques públiques o privades i retribucions en diners de 2020.
- certificat o justificant de rendiments nets de les quanties ingressades (interessos) en entitats financeres de 2020.
- certificat o justificant de rendiments nets del capital immobiliari i mobiliari 2020.
- Pressupost original o factura i rebut original de la prestació sol·licitada, referit a l'any 2021, signats i segellats per l'empresa distribuïdora.

D'acord amb l'habilitació legal establerta a la disposició 7a de la Llei 2/2014, no cal aportar la declaració de la renda de les persones físiques de l'últim exercici fiscal disponible ni el certificat actualitzat de la Tresoreria General de la Seguretat Social de les pensions que es percebin de 2021, ni de la persona sol·licitant ni de les persones membres de la unitat econòmica de convivència.

En cas d'endossament del pagament (si escau)

- Document d'autorització de cobrament degudament emplenat. (3)

(3) El podeu trobar a: https://web.gencat.cat/web/shared/OVT/Departaments/TSF/Documents_i_enllacos/DGPS/127_-_Ajuts_del_Programa_d_atencio_social_a_les_persones_amb_discapacitat_PUA/2021/99231.pdf

Documentació específica per a les prestacions següents:

Permís de conduir (obtenció o reconversió, ajuts 100 i 101)

- Fotocòpia del Certificat mèdic oficial necessari per a l'obtenció del permís de conduir, expedit pels centres específics autoritzats.
- Pressupost original signat i segellat per una autoescola, referit a l'any 2021.

Adaptacions del vehicle (prestacions 103, 104, 105, 106, 108, 109, 112, 114, 115, 116, 118 i 119)

- Còpia (anvers i revers) del permís de conduir vigent de la persona beneficiària de la prestació, on constin les condicions restrictives de la persona amb discapacitat.

- 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 2021.
- En cas que es tracti d'un vehicle automàtic, cal presentar el pressupost total o, en cas d'haver fet la despesa, la factura i el rebut originals.
- Fitxa tècnica del vehicle on constin les adaptacions realitzades, visada per la Direcció General d'Indústria del Departament d'Empresa i Treball (ITV).

Transport (prestacions 200 i 202)

- En cas de transport assistit a atenció precoç:

- Certificat del centre de la xarxa pública (propri o concertat) que acrediti els dies d'assistència setmanal, les setmanes i els mesos durant l'any 2021.

- En cas de transport per assistir a ensenyament reglat postobligatori i formació ocupacional per a l'alumnat major de 16 anys:

- Certificat del centre, en que s'indiqui clarament quins són els estudis fets, així com si es tracta d'un ensenyament reglat i postobligatori

Productes de suport (prestacions de la 300 a la 770)

- Pressupost original o factura i rebut original de la prestació sol·licitada **signats i segellats** per la persona o empresa distribuïdora, referit a l'any 2021.
- Dictamen facultatiu sobre la prescripció de la prestació tècnica sol·licitada, si ho considereu convenient.

Curs o intèrpret per a persona sorda, cega o sordcega (prestació 998 i 999)

- Pressupost original de l'entitat o del professional autònom referit a la persona beneficiària on consti el nombre d'hores de durada del curs i preu o bé que farà d'intèrpret durant l'any 2021.
- En el cas de curs de discriminació auditiva per a adults, informe mèdic d'implantació d'implant coclear.

Cadira o plataforma salvaescales o elevador (instal·lació fixa) (prestació 712 i 713)

- Autorització de la propietat per fer la instal·lació si l'habitatge és de lloguer o es gaudeix en situació d'usdefruit.
- Pressupost desglossat amb una breu descripció de la localització de l'escala on es farà la instal·lació.
- Fotografies de l'escala.
- En el cas d'elevador vertical, plànol/croquis del lloc on s'instal·la.

ANNEX 1

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

Nom	Població del centre
Transport que s'utilitza <input type="checkbox"/> Propi <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu-los)	
Distància del centre al domicili de residència ^(b)	Nombre de mesos per als quals se sol·licita l'ajut
Nombre de viatges de cada mes ^(c)	Import total anual

(b) En cas de transport en vehicle propi.

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

Prestacions per al transport per a l'ensenyament reglat postobligatori i formació ocupacional en centres autoritzats per a l'alumnat major de 16 anys (prestació 202)

Nom	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 ^(b)	Nombre de mesos per als quals se sol·licita l'ajut
Nombre de viatges de cada mes ^(c)	Import total anual

(b) En cas de transport en vehicle propi.

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

Prestació per a aprenentatge de la llengua dels signes o curs de lectura labial (prestació 998)

Nombre d'hores que dura el curs	Import total de l'ajuda sol·licitada
---------------------------------	--------------------------------------

Prestació 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 d'hores sol·licitades	Import total de l'ajuda sol·licitada

ANNEX 2

INFORME D'IDONEÏTAT PER A COMUNICADOR SENZILL (DE CASELLES O BOTONS) O PER COMUNICADOR DE PANTALLA DINÀMICA I/O ORTOGRÀFIC (codi 670 i 671)

(Extensió màxima de 2 pàgines)

1. Breu descripció de la persona sol·licitant

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'omplir en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
Gènere	Data de naixement	
<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> No binari

Diagnòstic:

- Característiques principals: (expliqueu específicament les necessitats, les habilitats i les limitacions de la persona que justifiquen la sol·licitud del comunicador):

- Productes de suport per a la comunicació (plafons, llibretes, comunicadors, sistema de símbols, forma d'accés, volum de vocabulari aproximat, etc.) que utilitza en l'actualitat:

- Competències comunicatives que mostra amb aquests productes de suport (funcions del llenguatge, nombre d'elements en les produccions, iniciativa comunicativa, contextos en què els utilitza, etc.).

- Centre/s on és atès (escola, taller ocupacional, residència, centre de rehabilitació...), si és el cas:

2. Descripció del comunicador d'alta autonomia que es sol·licita:

3. Avaluació i seguiment

Productes de suport per a la comunicació que s'han utilitzat en l'avaluació (maquinari i programari).

- Breu descripció de l'avaluació realitzada (procediments, durada, context/os, professionals implicats, etc.).

- Conclusions de l'avaluació (grau de funcionalitat de la solució avaluada i competència de la persona usuària en el seu ús).

- Breu descripció del seguiment previst:

4. Signatura

Localitat

Data

Signatura de/ls professional/s responsable/s
(nom, cognom, professió, centre, telèfon, correu electrònic i signatura)

Nota: el Departament de Drets Socials es reserva el dret de fer el seguiment de l'ús de l'ajuda concedida.

ANNEX 3

INFORME PER A GRUA DE BIPEDESTACIÓ (codi 577)

(a emplenar per un professional terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta o un tècnic d'ortopèdia)

1. Dades de la persona sol·licitant

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
Gènere	Data de naixement	Telèfon
<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> No binari

Diagnòstic:

2. Descripció de l'estat de la persona

- Característiques principals: (especifiqueu les necessitats, habilitats i limitacions de la persona que justifiquen la sol·licitud d'una grua de bipedestació).

Control de posicionament del cap.

- Mobilitat de les extremitats superiors.

- Equilibri de tronc en bipedestació.

- Equilibri de tronc en sedestació.

- Mobilitat de les extremitats inferiors.

3. Transferències: acte amb el que es mobilitza a una persona d'una superfície a una altre (exemple: del llit a la cadira de rodes, de la cadira al vàter,...)

- Quines transferències feu actualment?

- Descriuiu com es fan aquestes transferències

4. Dimensions de l'espai per maniobrar amb la grua en el lloc on se'n preveu l'ús.

- Altres

5. Prova del producte de suport. El professional ha de fer una prova amb la persona beneficiària.

Cal descriure:

- Lloc on s'ha fet la prova (habitatge, centre, servei...).

- Descriure els aspectes avaluats per a l'ús de la grua de bipedestació i si s'han provat altres productes de suport. Anomenar-los.

- Marca i model de la grua utilitzada per a la prova.

- Conclusions de l'avaluació.

- Si l'assistent és competent en l'ús.

6. Signatura

Localitat

Data

Signatura del/de la professional/s responsable/s (nom, cognoms, professió, centre, telèfon, correu electrònic i signatura)

Nota: el Departament de Drets Socials es reserva el dret de fer el seguiment de l'ús de l'ajuda concedida.

ANNEX 4

INFORME PER A L'APARELL REMUNTADOR D'ESCALES PORTÀTIL (codi 710)

1. Dades de la persona sol·licitant

Nom	Primer cognom	Segon cognom
<hr/>		
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'omplir en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
<hr/>		
Gènere	Data de naixement	Telèfon
<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> No binari		

Diagnòstic:

2. Descripció de l'estat de la persona

- Expliqueu si es desplaça de forma autònoma o amb l'ajuda d'una altra persona.

- Expliqueu si utilitza algun producte de suport per al seu desplaçament (cadira de rodes manual, autopropulsable i elèctrica, caminador, croses, etc.).

3. Explicació que justifiqui la sol·licitud de l'aparell

4. Característiques de l'escala de l'habitatge

- Amplada:

- Dimensions del replà (amplada per profunditat):

- Nombre de plantes que s'han de pujar amb l'aparell:

5. Model de l'aparell salvaescales portàtil que se sol·licita

- Amb seient incorporat

- Amb cadira de rodes adaptada a l'aparell

- Amb plataformes per a cadires de rodes

- Eruga

6. Expliqueu si és possible altre solució amb instal·lació fixa per pujar i baixar les escales (elevador vertical, plataforma salvaescales o cadira salvaescales).

7. Demostració del funcionament de l'aparell

- L'empresa distribuïdora de l'aparell ha fet la demostració a l'escala de l'habitatge de la persona?

Sí

No

- La persona assistent, ha provat l'aparell amb la persona usuària a l'escala de l'habitatge?

Sí

No

- La persona assistent i la persona usuària se senten segures utilitzant l'aparell salvaescales?

Sí

No

8. Signatura

Localitat

Data

Nom i cognom de la persona assistent que ha realitzat la prova.

Signatura de la persona sol·licitant o de la persona assistent que farà servir l'aparell.

9. Dades a emplenar per l'empresa subministradora de l'aparell

- Professional que ha realitzat la prova (nom, cognoms, professió, empresa, telèfon, correu electrònic).

- Marca i model de l'aparell:

- L'empresa distribuïdora certifica:

- Que ha realitzat la prova amb l'aparell a l'escala de l'habitatge de la persona sol·licitant.

- Que l'escala on s'ha fet la prova és adequada per a l'ús de l'aparell amb seguretat.

Data de la demostració:

Signatura

Localitat

Data

Nota: el Departament de Drets Socials es reserva el dret de fer el seguiment de l'ús de l'ajuda concedida.

ANNEX 5

INFORME D'IDONEÏTAT PER A CADIRA SALVAESCALES AMB INSTAL·LACIÓ FIXA (codi 712)

1. Dades de la persona sol·licitant

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Nom sentit	<i>Aquest espai s'ha d'omplir en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>	
Gènere	Data de naixement	Telèfon
<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> No binari

Diagnòstic:

Afectació funcional que justifiqui la sol·licitud d'una cadira salvaescales:

- El sol·licitant és autònom per desplaçar-se o necessita l'ajuda d'una persona?

- Sí
 No

- El sol·licitant utilitza algun producte de suport per desplaçar-se (cadira de rodes manual/autopropulsable/elèctrica, caminador, crosses, etc)?

2. Característiques de l'escala de l'habitatge

Nombre de plantes que té la instal·lació	Amplada de l'escala
Dimensions del replà on ha de girar (si n'hi ha)	Dimensions de l'espai a la part inferior del tram d'escales on quedarà aturat l'aparell

- Heu valorat altres solucions (elevadors verticals o plataformes salvaescales) que permeten l'ús amb cadira de rodes?

- Sí
 No

- Si la resposta és afirmativa, justifiqui el motiu perquè heu optat per sol·licitar una cadira salvaescales.

Localitat

Data

Signatura dela persona sol·licitant

3. Dades que ha d'omplir l'empresa que ha realitzat el pressupost/instal·lació

Nom de l'empresa

Telèfon

Adreça de correu electrònic

Dades del professional que ha valorat l'adequació de la instal·lació:

Nom

Primer cognom

Segon cognom

- L'empresa instal·ladora certifica:

Que ha valorat *in situ* la idoneïtat de la instal·lació

Localitat

Data

Signatura i segell de l'empresa

Nota: el Departament de Drets Socials es reserva el dret de fer el seguiment de l'ús de l'ajuda concedida.