



PROCEDEMENTO <b>RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUDE</b>
NÚMERO DE EXPEDIENTE Para cubrir a Administración	A.X.E: SAAD	S.X.A.D.:

**1. EFECTO PARA O CAL SE SOLICITA**

(síñale cunha X o que proceda)

- Valoración inicial
  Homologación
  Reactivación do PIA
  Revisión por melloría/agravamento

**2. GRUPO DE IDADE A QUE PERTENCE**

- Menor de tres anos (de 0 a 3)
  A partir de 3 anos

**3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**SOLICITANTE: persoa que vai ser valorada e recoñecida nunha situación de dependencia**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/outro	<input type="text"/>
DATA NACEMENTO	SEXO	NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Muller	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Solteiro/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a	
			<input type="radio"/> Viúvo/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Outro	
<input type="radio"/> Vive en domicilio particular		<input type="radio"/> Reside nun centro residencial ou sociosanitario		
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (RÚA/PRAZA, N.º, BLOQUE, ESC., PISO, PORTA)			LOCALIDADE	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/> Seguridade Social	<input type="radio"/> MUFACE	<input type="radio"/> ISFAS	<input type="radio"/> Titular	Nº TARXETA SANITARIA
<input type="radio"/> MUXEXU	<input type="radio"/> Outro tipo de asistencia	<input type="radio"/> Beneficiario/a		<input type="text"/>

**REPRESENTANTE (achegar documento que acredite a representación, ver explicacións)**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/outro	<input type="text"/>
DOMICILIO (RÚA/PRAZA, N.º, BLOQUE, ESC., PISO, PORTA)			LOCALIDADE	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TIPO DE REPRESENTACIÓN				
<input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="radio"/> GARDADOR DE FEITO <input type="radio"/> PAI/NAI/TITOR DO MENOR (menores de 18 anos) <input type="radio"/> REPRESENTANTE				

**TRABALLADOR/A SOCIAL (neste caso achegarse o anexo VII)**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/outro	<input type="text"/>
DOMICILIO (RÚA/PRAZA, N.º, BLOQUE, ESC., PISO, PORTA)			LOCALIDADE	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	Nº COLEXIADO	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**DOMICILIO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (cobrir só no caso de non coincidir co domicilio do solicitante ou do seu representante)**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO (RÚA/PRAZA, Nº, BLOQUE, ESC., PISO, PORTA)		LOCALIDADE
<input type="text"/>		<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. UNIDADE DE CONVIVENCIA**

(Nesta epigrafe consignaranse os datos do cónxuxe, parella de feito. Ascendentes, fillos/as menores de 25 anos ou maiores de 25 anos con discapacidade que dependen economicamente do solicitante. Deberán achegar certificado de convivencia emitido polo Concello que deberá coincidir coas persoas recollidas nesta epigrafe)

APELIDOS	NOME	DNI/NIE	Data de nacemento	Parentesco	Solicitaron recoñecemento de dependencia	CERTIFICADO DE DISCAPACIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON

**5. DATOS SOBRE A SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

(So será necesario presentar os documentos que acrediten esta información no caso de seren emitidos fóra da Comunidade Autónoma de Galicia)

Ten recoñecido o grao de discapacidade?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	%	<input type="text"/>
Se a resposta é afirmativa, onde se efectuou o recoñecemento?:	<input type="text"/>	ANO	<input type="text"/>
Ten recoñecida a necesidade de asistencia de terceira persoa (ATP)?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	PUNTUACIÓN	<input type="text"/>
Se a resposta é afirmativa, onde se efectuou o recoñecemento?:	<input type="text"/>	ANO	<input type="text"/>
Ten recoñecida unha incapacidade de grande invalidez?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON		
Se a resposta é afirmativa, onde se efectuou?:	<input type="text"/>	ANO	<input type="text"/>
Ten recoñecida a situación de dependencia?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	PUNTUACIÓN BVD	<input type="text"/>
Se a resposta é afirmativa, onde se efectuou?:	<input type="text"/>	ANO	<input type="text"/>
Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais para obter de oficio os documentos que acreditan esta situación que estean no seu poder (cando sexan emitidos pola Comunidade Autónoma de Galicia)		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	

**6. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA**

(Para cubrir por todos/as, é necesario presentar certificado de empadramento que acredite que leva residindo máis de 5 anos en territorio español, dous dos cales deben de ser inmediatamente anteriores á data de solicitude, e que certifique que reside na Comunidade Autónoma galega)

Reside na actualidade na Comunidade Autónoma de Galicia?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Residiu sempre en territorio español?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Se non residiu sempre en territorio español,	
Residiu legalmente en España durante cinco anos?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Destes cinco anos, foron dous inmediatamente anteriores a esta solicitude?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa, indique:	
PERÍODOS (MES E ANO)	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA/COMUNIDADE	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
É vostede emigrante español/a retornado/a?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa, indique a data do retorno definitivo: Día/Mes/Ano	<input type="text"/>

## 7. DATOS SOBRE PRESTACIONES

(Obrigado cumprimento)

Percibe pensión de grande invalidez?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Percibe pensión non contributiva de invalidez con complemento por necesidade de terceira persoa?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Percibe subsidio por axuda de terceira persoa da LISMI?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Percibe asignación económica por fillo a cargo con complemento por necesidade de terceira persoa?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
En caso afirmativo, indique o nome e apelidos do:		
BENEFICIARIO	CAUSANTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Percibe pensión do extranxeiro?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
En caso afirmativo, indique:		
TIPO DE PRESTACIÓN	CONTÍA ANUAL DO ANO EN CURSO (ACHEGUE CERTIFICADO BANCARIO)	Nº PAGAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 8. SERVICIOS E PROGRAMAS

(Para cubrir por todos/as beneficiarios/as)

É usuario do programa de acollemento familiar?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Se a resposta é afirmativa, quere permanecer no dito programa?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Acude a un centro de día?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Se a resposta é afirmativa, indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENDEREZO DO CENTRO	LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Está sendo vostede atendido nun centro residencial?	<input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Se a resposta é afirmativa, indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENDEREZO DO CENTRO	LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
É beneficiario do servizo de axuda no fogar?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	

## 9. EXPECTATIVA SOBRE O SERVIZO OU PRESTACIÓN QUE PODERÍA PERCIBIR

(Indique ordeándoos de maior a menor)

SERVIZOS	Orde de preferencia numérica		
Teleasistencia	<input type="text"/>		
Axuda no fogar	<input type="text"/>		
Servizo de atención diúrna	<input type="text"/>		
Servizo de atención de noite	<input type="text"/>		
Servizo de atención residencial (Sinale 3 centros preferenciais)			
1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>	<input type="text"/>
Servizo de promoción da autonomía persoal	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>LIBRANZAS</b>			
Libranza vinculada ao servizo de:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Libranza para coidados no contorno familiar			<input type="text"/>
Libranza de asistencia persoal			<input type="text"/>

10. Se as súas expectativas van encamiñadas a unha prestación económica, indique segundo o caso

LIBRANZA VINCULADA		
CONCELLO	ENTIDADE QUE PRESTA O SERVICIO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LIBRANZA DE COIDADOS NO CONTORNO FAMILIAR		
NOME E APELIDOS (persoa coidadora non profesional)	PARENTESCO	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSOAL		
NOME E APELIDOS (profesional ou entidade que presta o servizo)		DNI/NIE/CIF
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Nota aclaratoria: esta información é meramente informativa, de interese para a Administración, nunca vinculante. E debe terse en conta que os servizos serán prioritarios respecto ás prestacións económicas, que terán carácter excepcional, así como as compatibilidades recollidas na lexislación que desenvolve o decreto.

11. Indique segundo o caso

O/a traballador/a social de referencia é o do seu:

Concello     Centro de saúde     Outros (hospital, atención especializada, etc.), especifique

12. DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude.
- Que autorizo que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos necesarias para acreditar os datos declarados cos que consten en poder das distintas administracións públicas competentes.
- Que quedo informado/a da obriga de comunicar á consellería competente en materia de servizos sociais calquera variación que se poida producir no sucesivo.
- Que autorizo expresamente que se solicite e subministre directamente a través de medios informáticos ou telemáticos á consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais a información de carácter tributario a que se fai referencia no decreto regulador deste procedemento.

• Autorizo a consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais, de conformidade cos artigos 2 e 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, do 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos meus datos de identidade e residencia nos sistemas de verificación de datos de identidade e residencia do Ministerio da Presidencia.

SI     NON

• No suposto en que esta solicitude se presente por medio de representante ou a través do/a traballador/a social, a certificación da veracidade dos datos consignados nela, as autorizacións para o acceso a datos por medios propios por parte da Administración, así como as obrigas ás que se somete implican directamente á persoa interesada en nome da que se presenta esta solicitude ou o seu representante legal, que actúan por medio destes para a presentación desta documentación.

En calidade de:     SOLICITANTE     REPRESENTANTE LEGAL     GARDADOR DE FEITO     TRABALLADOR SOCIAL

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

- Informámolo de que os datos persoais contidos nesta solicitude se integrarán nos arquivos automatizados que sobre o Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia están constituídos na Administración, sen que poidan ser empregados para finalidades distintas ou alleas ao sistema, todo isto de conformidade cos principios de protección de datos de carácter persoal establecidos na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.

- A falsidade dos datos proporcionados, así como a obtención ou uso fraudulento de prestacións, poden ser constitutivos de sanción (título III da Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia).

13. DOCUMENTACIÓN PARA XUNTAR Á SOLICITUDE

<input type="checkbox"/> Outros documentos	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Documentos recollidos no artigo 21.º do decreto	

## INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR A SOLICITUDE

### 1. Para que se inicie unha revisión por empeoramento ou melloría deberase presentar (punto 1):

A solicitude, marcando este cadro, informe de condicións de saúde no modelo oficial, emitido polo facultativo do seu réxime de asistencia sanitaria, en que se acredite que se produciu un empeoramento ou melloría respecto da valoración inicialmente realizada, tendo en conta que a situación debe ter carácter permanente. Importante: para que se tramite o procedemento de revisión por instancia de parte, debeu emitirse resolución de recoñecemento de grao e nivel.

### 2. Datos de identificación da persoa en situación de dependencia (punto 3):

Reflexir o domicilio habitual da persoa solicitante, tendo en conta que é o domicilio que se tomará como referencia para levar a cabo a valoración. Se ten dobre nacionalidade, indique as dúas na epígrafe correspondente.

### 3. Datos do representante (punto 3):

Este punto só se cubrirá cando a solicitude a asine persoa distinta ao solicitante e que teña a condición de representante legal ou gardador de feito; neste último caso, a consignación dos datos do gardador de feito na solicitude no apartado 3 (representante) xunto coa sinatura da mesma deberá servir como declaración ante a Administración desta circunstancia. No caso de menores de 18 anos, o representante será o pai, nai ou titor deste menor.

### 4. Domicilio para efectos de notificación (punto 3):

Cubrir unicamente cando se queiran recibir as notificacións nun domicilio distinto ao da residencia habitual do/a solicitante, ou dirixidas a unha persoa distinta ao/a solicitante, que, en todo caso, deberá ser o/a representante ou gardador/a.

### 5. Datos de residencia en España (punto 6):

Todos os solicitantes deben indicar os períodos e lugares de residencia en territorio nacional, consignando o mes e ano de inicio e o mes e ano de finalización de residencia en cada localidade, que comprendan o período exixido de cinco anos. Se o/a solicitante é menor de cinco anos, os datos de residencia referiranse aos cumpridos por aquela persoa que exerza a garda e custodia do menor.

### 6. Documentación que se achega (punto 13) I:

Deberá marcar cun X o cadro correspondente ao documento que se xunta a esta solicitude. O certificado de empadramento debe ser histórico, de tal forma que se acredite o empadramento actual nun municipio da Comunidade Autónoma de Galicia, a residencia en territorio español durante 5 anos e 2 inmediatamente anteriores á data desta solicitude. A validez dun certificado de empadramento é de tres meses.

Como documentación complementaria poderase presentar certificado de minusvalidez, recoñecemento de grande invalidez, informes médicos de especialistas, etc. En caso de non pertencer ao réxime da Seguridade Social, deberase achegar copia da tarxeta sanitaria correspondente.

### 7. Documentación que se achega (punto 13) II:

Documentos recollidos no artigo 21 do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro:

#### - Datos de identificación e convivencia:

- DNI/NIE do solicitante ou calquera outro documento acreditativo da súa identidade, de conformidade coa normativa vixente, no suposto de que non se autorice a Administración para o acceso por medios propios.
- Copia compulsada do libro de familia, que inclúa a folia en que apareza o nome do/a beneficiario/a, no caso de non posuír DNI, cando a persoa solicitante sexa un menor de idade.
- Acreditación da representación que se ten da persoa solicitante, se é o caso, e copia compulsada do DNI/NIE do representante, no suposto de que non se autorice a Administración para o acceso por medios propios.
- DNI/NIE ou doutro documento acreditativo da súa identidade, do cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, que dependan economicamente do solicitante, no suposto de que non se autorice a Administración para o acceso por medios propios.
- Cando existan menores de idade que dependan economicamente da persoa solicitante, copia compulsada do libro de familia no caso de que estes non posúan DNI.
- Certificado de convivencia da persoa solicitante segundo o padrón municipal.

#### - Requisitos de empadramento e residencia:

- Certificado de empadramento emitido polo concello correspondente que acredite a residencia nun municipio da Comunidade Autónoma no momento de presentar a solicitude, excepto nos supostos de persoas que estean sendo atendidas dentro do sistema público de servizos sociais (residencias, centro de día, axuda no fogar) da Comunidade Autónoma de Galicia, no suposto de que non se autorice a Administración para o acceso por medios propios.
- Certificado/s de empadramento emitido polos concellos correspondentes que acrediten a residencia da persoa solicitante en España durante cinco anos, dos cales dous deberán ser inmediatamente anteriores á data da presentación da solicitude.
- Certificado de empadramento que acredite a residencia de quen teña a súa representación, para o caso de menores de cinco anos.
- Certificado emitido polo Ministerio do Interior que acredite o cumprimento dos mesmos períodos, no suposto de residentes que carezan da nacionalidade española.
- Certificado de emigrante retornado expedido na delegación do Goberno correspondente ou mediante a correspondente baixa consular, no caso de ser emigrante retornado e non cumprir o requisito do período de residencia.

- Informe de condicións de saúde (estarán exentas da presentación do informe sobre as condicións de saúde as persoas solicitantes de homologación que tivesen recoñecida a necesidade de axuda de terceira persoa, cunha puntuación de 45 puntos ou máis, segundo o R.D. 1971/1999, do 23 de decembro, de procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade).

- Informe social.

- Certificado de discapacidade coa puntuación de axuda de terceira persoa (ATP) cando fose emitido por outra comunidade autónoma, se é o caso.

- Resolución de grao e nivel, se é o caso, cando sexa emitido por outra comunidade autónoma.

#### - Expectativa do servizo/prestación (punto 9):

- Manifestación da persoa solicitante ou do seu representante, conforme o punto n.º 9 e 10 do anexo da solicitude, da súa preferencia dentro do catálogo de servizos e prestacións económicas do sistema para a autonomía e atención á dependencia.
- No caso de solicitude de prestación económica para coidados no contorno familiar, certificado de empadramento do coidador, declaración xurada do grao de parentesco que os une ou tipo de relación se non é a filial, conforme o punto n.º 10 do modelo anexo da solicitude, e DNI/NIE ou outro documento acreditativo da súa identidade.

#### - Datos económicos:

- Declaración do imposto da renda das persoas físicas, certificado de toda clase de pensións percibidas pola persoa solicitante ou declaración xurada de non percibidas, no suposto de que non se autorice a administración para o acceso por medios propios conforme o modelo anexo da solicitude.
- Declaración responsable acerca do patrimonio da persoa solicitante en que se detalle o conxunto das súas titularidades de bens e dereitos de contido económico, de xeito que quede completamente acreditada a súa situación patrimonial, conforme anexo IX do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro.
- Declaración do imposto da renda das persoas físicas, certificado de toda clase de pensións percibidas polo cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos/as menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, economicamente a cargo da persoa solicitante, ou declaración xurada de non percibidas, no suposto de que non se autorice a Administración para o acceso por medios propios conforme o modelo anexo da solicitude.
- Declaración responsable acerca do patrimonio, conforme o modelo anexo IX do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, do cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos/as menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, economicamente a cargo da persoa solicitante.

- Outros documentos.

#### Presentación de solicitudes

A solicitude, debidamente cuberta e acompañada da documentación requirida, poderá presentarse nas oficinas de rexistro dos servizos sociais comunitarios do domicilio do solicitante, nos rexistros das xefaturas territoriais da Consellería de Traballo e Benestar. Así mesmo, caberá presentala no rexistro xeral da Xunta de Galicia ou en calquera oficina de rexistro da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia, así como por calquera dos restantes medios establecidos no artigo 38.4.º da Lei 30/1992, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, así como por medios electrónicos a través do rexistro electrónico da Xunta de Galicia segundo o disposto no Decreto 198/2010, do 2 de decembro, polo que se regula o desenvolvemento da Administración electrónica na Xunta de Galicia e nas entidades dela dependentes.

#### LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

Orde do 2 de xaneiro de 2012 de desenvolvemento do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a Autonomía e a Atención á Dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

#### SINATURA DO/DA COMUNICANTE

,  de  de



PROCEDEMENTO <b>RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>INFORME DE SAÚDE</b>
---	---	--------------------------------------

**INFORME DE CONDICIÓN DE SAÚDE**

(Para o recoñecemento da situación de dependencia e acceso aos servizos e prestacións establecidos na Lei 39/2006, do 14 de decembro).

**1. Solicitante (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE
DATA DE NACEMENTO	IDADE	MOTIVO DO INFORME	
<input type="radio"/> Solicitude inicial de recoñecemento da situación de dependencia		<input type="radio"/> Revisión do recoñecemento	

**2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique (caso afirmativo, obrigado cumprimento)**

PESO NO MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

Menos de 1.100 g     
  Entre 1.100 e 1.500 g     
  > 1.500 e < 2.200 g     
  Máis de 2.200 g

**3. Indique os diagnósticos\* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, prolongado, crónico ou de longa duración.**

	Diagnósticos (obrigado cumprimento)	Data diagnóstico (obrigado cumprimento)	Codificación		Fase evolutiva
			Clasificación	Código	
Demencias e enfermidades neurodegenerativas					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patoloxía traumática					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves do comportamento					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica

\*Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado.

**4. Indique os tratamentos actuais, medidas de soporte funcional, axudas técnicas, ortoses e próteses prescritos\* (obrigado cumprimento)**

Farmacolóxicos		Hixiénico/dietético	
Psicoterapéutico		Indicacións médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou produtos de apoio	
Rehabilitador	<input type="radio"/> Recibe <input type="radio"/> Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras <input type="radio"/> Non recibe <input type="radio"/> Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras		
Outros			

**5. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas (obrigado cumprimento).**

<input type="checkbox"/> Oxixenoterapia	<input type="checkbox"/> Soroterapia	<input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG	<input type="checkbox"/> Nutrición parental
<input type="checkbox"/> S. vesical	<input type="checkbox"/> Ostomías	<input type="checkbox"/> Absorbentes	<input type="checkbox"/> Próteses/ortoses
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Suxeición mecánica	
<input type="checkbox"/> Outros			

6. Indique se existe necesidade de apoio para as actividades de autocoidado (obrigado cumprimento).

Leve

Moderada

Grave

7. Indique se entre as patoloxías descritas, algunha delas cursa en períodos (obrigado cumprimento).

PATOLOXÍA

FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO

ÚLTIMO PERÍODO DA ENFERMIDADE

8. Indique se a persoa se pode trasladar fóra do domicilio

SI

NON

9. Identificación do profesional que emite o informe (obrigado cumprimento).

NOME E APELIDOS

DATA DO INFORME

ORGANISMO/CENTRO DE SAUDE

Nº COLEXIADO

Sinatura

Selo





PROCEDEMENTO <b>RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>INFORME SOCIAL</b>
---	---	------------------------------------

**INFORME SOCIAL PARA OS EFECTOS DE SOLICITUDE DE VALORACIÓN DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E ELABORACIÓN DO PIA**

EMITIDO POLO/A TRABALLADOR/A SOCIAL

NÚMERO DE COLEIADO  ORGANISMO/ENTIDADE  TELÉFONO

REFERENTE A DON/DONA

MOTIVO DO INFORME

**1. DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DNI/NIE

ENDEREZO  LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL  PROVINCIA  CONCELLO

DATA DE NACEMENTO  ESTADO CIVIL  TELEFONO1  TELEFONO2

PROFESIÓN  SITUACIÓN LABORAL  
 Activo  Sen ocupación  Pensionista

**2. ANTECEDENTES DA PERSOA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

2.1. Con expediente en servizos sociais comunitarios:

Si, en SIUUS  Si, noutros  Non

**3. NÚCLEO DE CONVIVENCIA FAMILIAR**

3.1. Unidade de convivencia formada por: (sinalar o/a coidador/a principal do beneficiario, se é o caso)

Nome e apelidos	Idade	Parentesco	Profesión	Situación laboral	Valoración de discapacidade (indicar porcentaxe)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2. Outros membros da rede informal de apoio: (sinalar a relación de parentesco coa persoa en situación de dependencia)

Nome e apelidos	Idade	Parentesco	Profesión	Situación laboral	Valoración de discapacidade (indicar porcentaxe)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nota: se existe rotación da persoa en situación de dependencia, cubrir os campos en relación coa unidade de convivencia con que convive no momento de presentar a solicitude e sinalar a rotación.

3.3. En caso de persoas institucionalizadas, indicar:

NOME DO CENTRO

Público/concertado  Privado

DATA DE INGRESO

Permanente  Temporal

TIPOLOXIA

- Centro de at. diúrno para persoas maiores  Centro de at. diúrno para persoas con discapacidade
- Centro de at. residencial para persoas maiores  Centro de at. residencial para persoas con discapacidade
- Outros (vivenda comunitaria, ...)

#### 4. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

##### 4.1. Dinámica relacional e funcionamento da rede informal co respecto á persoa en situación de dependencia:

##### 4.2. Análise do cuidador/a principal

###### 4.2.1. Perfil do cuidador/a:

- Familiar e membro da unidade de convivencia  Familiar que non convive coa persoa dependente  
 Cuidador non familiar sen contraprestación económica  Cuidador profesional remunerado  
 Ausencia de cuidador  Outros

###### 4.2.2. Características do coidado: (indicadores)

1. Fraxilidade do apoio familiar
  - Coidador/a predependente/dependencia acusada
  - Dificultade na comprensión do proceso da enfermidade/da dependencia
  - Escasos coñecementos sobre os coidados
  - Concorrenza da enfermidade/discapacidade con necesidade de apoios noutros membros da unidade de convivencia
  - Cargas laborais, menores a cargo, outras persoas en situación de dependencia a cargo
  - Signos de esgotamento físico/emocional
  - Dificultades de conexión social/illamento (ou risco de abandono/desamparo)
  - Ausencia de compromiso estable
2. Consistencia do apoio familiar
  - Coidador maior de idade e bo estado xeral
  - Dispoñibilidade de tempo
  - Seguranza económica
  - Coñecementos suficientes para a prestación de coidados
  - Dispoñibilidade de apoios profesionais e complementarios
  - Períodos de descanso
3. Risco de claudicación
  - Risco por impacto do coidado
  - Risco por dificultade na relación interpersonal
  - Risco por problemas de competencia

###### 4.2.3. Intensidade dos coidados: horas aproximadas de dedicación diaria:

- Non se dispón de tempo para atender a persoa en situación de dependencia  1-2  2-4  4-8  Continua

##### 4.3. Características da persoa en situación de dependencia:

###### 4.3.1. Valoración de discapacidade SI NON

GRAO DISCAPACIDADE

NECESIDADE ASISTENCIA DE TERCEIRA PERSOA

EXISTENCIA DE DIFICULTADES PARA UTILIZAR TRANSP. PÚBLICO

###### 4.3.2. A persoa en situación de dependencia desprázase habitualmente do seu domicilio habitual

- SI  NON

En caso afirmativo indicar se precisa soporte doutra persoa

###### OBSERVACIÓNS PROFESIONAIS

##### 4.4. Valoración da atención á persoa en situación de dependencia:

- O apoio da unidade de convivencia ten unha fraxilidade  Alta  Media  Baixa  
O apoio da unidade de convivencia ten unha consistencia  Alta  Media  Baixa  
O apoio da unidade de convivencia ten un risco de claudicación  Alto  Medio  Baixo  
A atención á persoa en situación de dependencia é  Boa  Regular  Mala

## 5. RECURSO E SERVIZOS FORMAIS DE PROMOCIÓN DA AUTONOMÍA PERSOAL E ATENCIÓN ÁS PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

### 5.1. Recursos e servizos formais que percibe/desfruta o solicitante (públicos e/ou privados):

5.1.1. A persoa en situación de dependencia está sendo atendida no seu domicilio cun servizo de proximidade:

Teleasistencia

Axuda a domicilio

Outros

INTENSIDADE HORARIA DO SERVIZO (HORAS/MES)

ORGANISMO/ENTIDADE PRESTATARIA

Público/concertado

Privado

Neste caso indique se percibe cheque asistencial

SI

NON

DATA DO SERVIZO

CONTÍA DO SERVIZO (MENSUAL)

Indicar a necesidade de permanencia neste programa

SI

NON

5.1.2. A persoa en situación de dependencia está sendo atendida no seu domicilio por un cuidador/a do contorno:

Coidador familiar

Persoa do contorno

Asistente persoal

Coidador profesional remunerado

Outro

NOME

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

DNI/NIF/NIE

ENDEREZO

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

CONCELLO

DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO

SEXO

Home

Muller

REX. SEGURIDADE SOCIAL

DESDE QUE DATA RESIDE NA LOCALIDADE

Se non existe relación de parentesco ata 3º de consanguinidade/afinidade, sinalar se leva máis dun ano vivindo no mesmo concello do solicitante ou noutro veciño:

SI

NON

Formación específica da persoa cuidadora:

SI

NON

5.1.3. A persoa en situación de dependencia está sendo atendida nun centro de día ou residencial:

Centro de atención diúrna

Centro de atención residencial

Temporal

Permanente

Público/concertado

Privado

Indique se percibe cheque asistencial

SI

NON

TIPOLOXÍA

Persoas maiores

Con discapacidade

Especializado

DENOMINACIÓN DO CENTRO

INTENSIDADE HORARIA

ORGANISMO/ENTIDADE

DATA DE INGRESO

CONTÍA DA PRAZA (MES)

ENDEREZO

LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

CONCELLO

5.2. Recursos e servizos que poderían cubrir as súas necesidades (cubrir só cando non coincida co recurso ou servizo que xa percibe. Enumerar e indicar intensidade)

## 6. SITUACIÓN DO CONTORNO SOCIAL

### 6.1. Vivenda

\* Tipo de vivenda:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Sen vivenda                   | <input type="radio"/> Chabola           | <input type="radio"/> Casa prefabricada   | <input type="radio"/> Caravana          |
| <input type="radio"/> En situación de desafiuamento | <input type="radio"/> Piso, apartamento | <input type="radio"/> Vivenda unifamiliar | <input type="radio"/> Vivenda colectiva |
| <input type="radio"/> Pensión                       | <input type="radio"/> Cuarto realogado  | <input type="radio"/> Albergue            |   |

\* Réxime de tenza:

- |   |                                 |  |                                       |
|---|---------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Propia ou dalgún membro da unidade familiar | <input type="radio"/> Realogada | <input type="radio"/> Cedida ou facilitada | <input type="radio"/> Vivenda alugada |
| <input type="radio"/> Centro asistencial                          |                                 |  |                                       |

\* Condicións de habitabilidade de vivenda:

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Adecuadas                           | <input type="radio"/> Amoreamento | <input type="radio"/> Insalubridade/inhabitabilidade |
| <input type="radio"/> Existencia de dispositivos de risco |                                   | <input type="radio"/> Carece dalgún servizo básico   |

Especificar:

\* Accesibilidade da vivenda:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Sen barreiras arquitectónicas | <input type="radio"/> Con barreiras no acceso á vivenda    |
| <input type="radio"/> Con adaptacións funcionais    | <input type="radio"/> Con barreiras no interior da vivenda |

Descrición:

### 6.2. Características da zona en que habita:

\* Localización da vivenda:

- |                                   |   |                                  |   |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Zona urbana | <input type="radio"/> Zona semiurbana/semirural | <input type="radio"/> Zona rural | <input type="radio"/> Zona rural illada |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|---|

\* Acceso a equipamentos sociosanitarios:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Boas comunicacións e accesos | <input type="radio"/> Comunicacións deficientes |
|--|---|

## 7. SITUACIÓN ECONÓMICA: (Soamente cando non coincidan os datos coa solicitude)

### 7.1. Ingresos do solicitante:

Ingresos netos (pensións, prestación económica, retribucións...):

CONCEPTO	CONTÍA	Nº PAGAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rendementos de capital mobiliario (xuros, venda de valores, letras do tesouro, prazo fixo...)

CONCEPTO	CÓNTÍA ANUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Outros rendementos (de capital inmobiliario, actividades económicas...):

CONCEPTO	CÓNTÍA ANUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ganancias e perdas matrimoniais (venda de accións, venda de inmobles, reembolso de fondos de investimento...):

CONCEPTO	CÓNTÍA ANUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gastos fixos da persoa en situación de dependencia (alugueres, hipotecas, servizos de carácter público e/ou privado de cuidados e atención á persoa en situación de dependencia...):

CONCEPTO	CÓNTÍA ANUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 8. OUTROS DATOS DE INTERESE E VALORACIÓN PROFESIONAL

8.1. Proposta de servizos e outros apoios idóneos: (teña en conta que os servizos son prioritarios e a prestación económica ten carácter **excepcional**)

- Teleasistencia  Axuda no fogar  Servizo de atención diúrna  Servizo de atención de noite
- Servizo de atención residencial  Libranza de servizo de:   Asistencia persoal
- Sen acompañante  Servizo de promoción da autonomía persoal
- Con acompañante  Coidados no contorno por coidador familiar  Outros (RESPIRO)  Axudas para a autonomía persoal

\* Intensidade da/s proposta/s (horas/mes) e entidade prestataria:

\* Datos do coidador/a do contorno e/ou asistente persoal (cubrir só cando non coincida cos datos do coidador do punto 5.1.2.):

- Coidador familiar  Persoa do contorno  Asistente persoal

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DNI/NIF/NIE

ENDEREZO  CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA  CONCELLO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  SEXO  Home  Muller REX. SEGURIDADE SOCIAL  DESDE QUE DATA RESIDE NA LOCALIDADE

Se non existe relación de parentesco ata 3.º de consanguinidade/afinidade, sinalar se leva máis dun ano vivindo no mesmo concello do solicitante ou noutro veciño:

- SI  NON

Formación específica da persoa coidadora:

- SI  NON

\* Datos do centro proposto (cubrir só cando non coincida cos datos do punto 4.1.3.):

- Centro de atención diúrna  Centro de atención residencial
- Temporal  Permanente  Público/concertado  Privado Indique se percibe cheque asistencial  SI  NON

TIPOLOXÍA

- Persoas maiores  Con discapacidade  Especializado

DENOMINACIÓN DO CENTRO  INTENSIDADE HORARIA

ORGANISMO/ENTIDADE  DATA DE INGRESO  CONTÍA DA PRAZA (MES)

ENDEREZO  PROVINCIA  CONCELLO

\* No caso da modalidade de axuda no fogar e de asistencia persoal, especificar que tipo de atencións precisaría e para que actividades e tarefas:

\* No caso de modalidade de coidados no contorno, especificar a necesidade de RESPIRO para o coidador/a, indicando o servizo proposto e a intensidade do RESPIRO:

Diagnóstico social e valoración profesional:

SINATURA DO/A TRABALLADOR/A SOCIAL

SELO

Lugar e data

,  de  de



PROCEDEMENTO <b>RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>AUTORIZACIÓN</b>
---	---	----------------------------------

### AUTORIZACIÓN

Só asinar se se cubre o punto 4 da solicitude (deberán asinar todos os consignados no punto 4), e/ou o punto 10 (polo cuidador non profesional no suposto de que non pertenza á unidade de convivencia)

Autorizo expresamente que se solicite e subministre, a través de medios informáticos, ou telemáticos á consellería da Administración autonómica con competencia en materia de dependencia a información de carácter tributario necesaria, e o acceso aos datos do DNI por medios dixitais.

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco  Cónxuxe/Parella  Fillo/a  Ascendente

SINATURA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco  Cónxuxe/Parella  Fillo/a  Ascendente

SINATURA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco  Cónxuxe/Parella  Fillo/a  Ascendente

SINATURA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco  Cónxuxe/Parella  Fillo/a  Ascendente

SINATURA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco  Cónxuxe/Parella  Fillo/a  Ascendente

SINATURA

### DATOS DO/A COIDADOR/A

(Só cubrir no caso de que o/a cuidador/a non sexa membro da unidade de convivencia, caso en que cubrirá e asinará no cadro anterior)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SINATURA