



DIPUTACIÓN DE PALENCIA

Departamento
Servicios Sociales

Código Expediente
DIP/9202/2024

Código Documento
SSS18I02LZ

Sello/certificación electrónica/mecánica

Documento electrónico. Consultar autenticidad en: <http://csv.diputaciondepalencia.es>

Código de Verificación Electrónica (CSV): 3Q4F671G5A2D4S181D83



D^a M^a de los Ángeles Armisen Pedrejón, Presidenta de la Excma. Diputación Provincial de Palencia, ha resuelto:

Vista la aprobación definitiva del Reglamento regulador de los Servicios de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia de la Diputación Provincial de Palencia, cuyo texto íntegro se publica en el Boletín Oficial de la Provincia nº 106 de fecha 3 de septiembre, entrando en vigor una vez publicado completamente su texto y transcurrido el plazo previsto en el artículo 65.2 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 70 de la citada Ley.

Visto el informe de Servicios Sociales que obra en el expediente.

Considerando que el artículo 24 dispone que, mediante Decreto de la Presidencia se aprobarán los siguientes documentos normalizados:

- Modelo de solicitud que recoja la documentación que debe acompañarse con arreglo a los requisitos legalmente establecidos, atendiendo a la imagen común de solicitudes y modelos de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Modelo de solicitudes de aquellos servicios complementarios o que surjan de la firma de un convenio entre la Diputación Provincial y las instituciones de la Comunidad Autónoma u otras entidades.
- Otro tipo de documentación a añadir al expediente que se considere procedente, en lo relativo a Servicios de carácter complementario.
- Modelo de comunicación por el interesado de modificaciones no sustanciales del régimen de prestación.

RESUELVO

Primero. – Aprobar los modelos normalizados de solicitud de los servicios de Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia, de comunicación por el interesado de modificaciones no sustanciales del régimen de prestación de los servicios de Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia y de consentimiento para la prestación de servicio complementario del Servicio de Ayuda a Domicilio que figuran como anexo a la presente resolución.

ANEXO

Mod: Gen.

Instancia de Solicitud de
Ayuda a Domicilio y/o
Teleasistencia

Espacio reservado para uso administrativo

SOLICITUD DE AYUDA A DOMICILIO Y/O TELEASISTENCIA

CEAS (A rellenar por la Administración)

1.- DATOS DEL TITULAR

APELLIDOS:		NOMBRE:	
N.I.F./N.I.E.:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	ESTADO CIVIL: ...	SEXO: ...
TFNO.:		CORREO ELECTRONICO (opcional):	
DOMICILIO:		C.P.	LOCALIDAD:
PROVINCIA: Palencia	La vivienda habitual del solicitante ¿es propia? Si ☐ No ☐		

2. DATOS DEL REPRESENTANTE (A cumplimentar si la solicitud se firma por persona distinta del interesado).

APELLIDOS:		NOMBRE:	
N.I.F./N.I.E./PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO: / /	REPRESENTACIÓN QUE OSTENTA: Legal ☐ Voluntaria ☐	
NACIONALIDAD:	SEXO: ...	CORREO ELECTRONICO (opcional):	
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	
C.P.:	PROVINCIA:	TFNO/S.: /	

3. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

☐ Coincide con el domicilio indicado por el titular

DOMICILIO:	LOCALIDAD:	C.P.:	PROVINCIA:
-------------------	-------------------	--------------	-------------------

4. TIPO DE SERVICIO O MODIFICACIÓN SOLICITADA

☐ ALTA SERVICIO DE TELEASISTENCIA (Completar Anexo I y II)

☐ ALTA O MODIFICACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (Completar Anexo I y II)

Marcar con una x la casilla correspondiente		Nº de horas mensuales que desea recibir
☐ Recibir el servicio. Actualmente no lo recibe		
☐ Aumento de horas	☐ Reducción nº de horas	(1)
☐ Desea recibir el servicio en días festivos		

(1) Señale el número total de horas mensuales que desea recibir, incluyendo las que ya recibe.



DIPUTACIÓN DE PALENCIA

Departamento
Servicios Sociales

Código Expediente
DIP/9202/2024

Código Documento
SSS18102LZ

Sello/certificación electrónica/mecánica

Documento electrónico. Consultar autenticidad en: <http://csv.diputaciondepalencia.es>

Código de Verificación Electrónica (CSV): 3Q4F671G5A2D4S181D83



5. REVISIÓN DE SITUACIÓN:

- ☐ Cambio grado dependencia ☐ Cambio capacidad económica
☐ Cambio situación sociofamiliar (cambio domicilio, unidad familiar, etc..)

6. SERVICIO EN EL QUE SE SOLICITA BAJA

- ☐ Servicio Teleasistencia ☐ Ayuda a domicilio Fecha de Baja: / /

Señale el motivo de la baja:

- ☐ Renuncia expresa del usuario o de su representante legal.
☐ Fallecimiento del usuario.
☐ Traslado definitivo o temporal superior a seis meses del usuario a una localidad distinta de aquella en la que tenía fijado su lugar de residencia.
☐ Acceso del usuario a otro recurso o servicio incompatible con la prestación.

7. DECLARO

- Que autorizo a la Diputación de Palencia a que realice las consultas que considere oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.
- Que me comprometo a comunicar cualquier variación que se produjera en las circunstancias indicadas en la presente solicitud y anexos.
- Declaro que todos los datos facilitados son ciertos, que he leído las advertencias legales y que acepto las condiciones particulares expresadas, por lo que solicito se admita a trámite esta instancia.

, a de ... de ...
Firma

Autorización del cónyuge o pareja de hecho (si procede)

Apellidos Nombre

AUTORIZO a la Diputación de Palencia a que realice las consultas que considere oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.

, a de ... de ...
Firma del cónyuge o pareja de hecho

A LA PRESIDENCIA DE LA DIPUTACIÓN DE PALENCIA

Información Básica sobre Protección de Datos.

Responsable: DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE PALENCIA. Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León (Solo en el caso de datos personales que formen parte del Registro único de personas usuarias de servicios sociales de Castilla y León); Finalidad: Gestión de solicitudes de ayudas al departamento de Servicios Sociales y tratamiento de datos de salud; Legitimación: Misión en Interés público, consentimiento del interesado; Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Administración pública con competencia en la materia, Diarios y Boletines Oficiales; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a dpd@diputaciondepalencia.es; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: www.diputaciondepalencia.es/politica-privacidad (REF: T-02). La persona firmante acepta el tratamiento de sus datos personales de acuerdo a la información facilitada y, en caso de facilitar datos de terceros, asume el compromiso de informarles de dicho tratamiento.

ANEXO I. REGIMEN DE BIENES DEL MATRIMONIO (Si procede).

Régimen de gananciales ☐	Régimen de separación de bienes: ☐	Convivencia o pareja de hecho análoga a la conyugal: ☐
---	---	--

RELACIÓN DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (Si procede en caso de alta o modificación)

DATOS PERSONALES	1	2	3	4
NOMBRE				
1º APELLIDO				
2º APELLIDO				
PARENTESCO				
FECHA NACIMIENTO	/ /	/ /	/ /	/ /
NIF/NIE				
ESTADO CIVIL	...	...	...	...
SEXO				
SERVICIOS PRESTADOS POR DIPUTACIÓN DE PALENCIA	SAD ☐ TA ☐	SAD ☐ TA ☐	SAD ☐ TA ☐	SAD ☐ TA ☐
TELEFONO (opcional)				



DIPUTACIÓN DE PALENCIA

Departamento
Servicios Sociales

Código Expediente
DIP/9202/2024

Código Documento
SSS18102LZ

Sello/certificación electrónica/mecánica

Documento electrónico. Consultar autenticidad en: <http://csv.diputaciondepalencia.es>

Código de Verificación Electrónica (CSV): 3Q4F671G5A2D4S181D83



ANEXO II. DOCUMENTACIÓN APORTADA.

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:

1. ☐ Documento Nacional de Identidad (DNI) del solicitante y del cónyuge, en su caso. Si se actúa por medio de representante, además, DNI de éste y documento acreditativo de la representación. En caso de que hubiera menores de edad, fotocopia compulsada del libro de familia o certificado sustitutorio.
2. ☐ Acreditación de haber solicitado reconocimiento de grado de dependencia o resolución de la misma.
3. ☐ Informe de salud expedido en los términos indicados en el Art. 4.b) de la Orden FAM/824/2007, o sus correspondientes actualizaciones, emitido con fecha inferior a un año anterior a la fecha de presentación de la solicitud.
4. ☐ Certificado o volante de empadronamiento en algún municipio de Castilla y León.
5. ☐ Autorización para el cobro bancario de la aportación económica correspondiente al Servicio de Ayuda a Domicilio.

No será necesario aportar la documentación referida en los puntos 1 a 4, si ésta ya se encuentra en poder de la Administración actuante en el Sistema de Acceso Unificado de los Servicios Sociales o cuando las personas cuyos datos deban obtenerse autoricen a la Administración para consultar los mismos electrónicamente o a través de otros medios.

6. Documentación acreditativa de la capacidad económica de la persona interesada:
 - a) ☐ Documentos acreditativos de todas las pensiones y prestaciones que reciba la persona interesada y su cónyuge o pareja de hecho.
 - b) ☐ Certificado de la Agencia Estatal de Administración Tributaria o de los órganos correspondientes de las Diputaciones Forales, de la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas o certificado de imputación de rentas en el caso de no estar obligadas a realizar declaración, correspondiente a los dos últimos ejercicios.
 - c) ☐ Certificado del Catastro de todos los bienes inmuebles de los que sea titular la persona interesada en todo el territorio nacional.
 - d) ☐ Certificado, positivo o negativo, del órgano correspondiente de la Diputación Foral sobre la titularidad de bienes inmuebles radicados en el País Vasco o en Navarra.
 - e) ☐ Declaración responsable de las disposiciones patrimoniales realizadas desde cuatro años antes a la fecha de la solicitud. Si no ha realizado ninguna disposición patrimonial en esos términos, declaración negativa al respecto.
 - f) ☐ En el caso de percibir pensiones o rentas devengadas en el extranjero, documentos acreditativos de la cuantía y periodicidad de los ingresos, correspondientes a los dos últimos ejercicios.
 - g) ☐ Otros, a requerimiento del órgano instructor, que sean necesarios para determinar la capacidad económica del interesado.

No será necesario aportar la documentación acreditativa de la capacidad económica referida en los apartados a), b) y c) cuando las personas cuyos datos deban obtenerse autoricen a la Administración para consultar, electrónicamente o a través de otros medios, los referidos datos económicos o patrimoniales.

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE TELEASISTENCIA:

1. ☐ Documento Nacional de Identidad (DNI) del solicitante y del cónyuge, en su caso; si se actúa por medio de representante, además, DNI de éste y documento acreditativo de la representación.
2. ☐ Si se solicita el servicio en su modalidad esencial en caso de ser menor de 80 años, reconocimiento de grado de dependencia o resolución de la misma.
3. ☐ Informe de salud expedido en los términos indicados en el Art. 4.b) de la Orden FAM/824/2007, o sus correspondientes actualizaciones, emitido con fecha inferior a un año anterior a la fecha de presentación de la solicitud.
4. ☐ Certificado o volante de empadronamiento en algún municipio de Castilla y León.
5. ☐ Tarjeta sanitaria.
6. En función de las características del servicio:
 - a) ☐ Consentimiento informado como persona de contacto en el servicio de teleasistencia, en el caso de que exista.
 - b) ☐ Consentimiento informado sobre el servicio de teleasistencia de seguimiento proactivo y apoyo al cuidador, si procede.

No será necesario aportar la documentación referida en los puntos 1 a 4, si ésta ya se encuentra en poder de la Administración actuante en el Sistema de Acceso Unificado de los Servicios Sociales o cuando las personas cuyos datos deban obtenerse autoricen a la Administración para consultar los mismos electrónicamente o a través de otros medios.

COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO / TELEASISTENCIA

CEAS (A rellenar por la Administración)

SERVICIO A MODIFICAR:

☐ Servicio teleasistencia ☐ Ayuda a domicilio

1.- DATOS DEL TITULAR.

APELLIDOS:	NOMBRE:
N.I.F./N.I.E:	

2.- DATOS DEL REPRESENTANTE (A cumplimentar si la solicitud se firma por persona distinta del interesado).

APELLIDOS:	NOMBRE:
N.I.F./N.I.E./PASAPORTE	

3.- COMUNICACIÓN DE SUSPENSIÓN/REANUDACIÓN:

Desde	/ ... /	Hasta	/ ... /	☐ Fecha de reanudación sin determinar
-------	---------	-------	---------	--

4. MODIFICACIÓN DE DÍAS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO SIN CAMBIO DE INTENSIDAD:

Lunes	☐	Martes	☐	Miércoles	☐	Jueves	☐	Viernes	☐	Sábado	☐	Domingo	☐
-------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------

5.- MODIFICACIÓN DE TAREAS EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:

--

, a de ... de ...
Firma

La persona solicitante o representante legal Fdo.:

A LA PRESIDENCIA DE LA DIPUTACIÓN DE PALENCIA



DIPUTACIÓN DE PALENCIA

Departamento
Servicios Sociales

Código Expediente
DIP/9202/2024

Código Documento
SSS18I02LZ

Sello/certificación electrónica/mecánica

Documento electrónico. Consultar autenticidad en: <http://csv.diputaciondepalencia.es>

Código de Verificación Electrónica (CSV): 3Q4F671G5A2D4S181D83



CONSENTIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO COMPLEMENTARIO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

1.- DATOS DEL TITULAR

Nombre y apellidos:
DNI:
CEAS:

2.- DATOS DEL REPRESENTANTE (A cumplimentar si se firma por persona distinta del interesado).

Nombre y apellidos:
DNI:
Representante Legal ☐ Representante voluntario ☐

3.- SERVICIO COMPLEMENTARIO REFERIDO:

SERVICIO RESIDENCIAL	☐
PODOLOGÍA	☐
REHABILITACIÓN FÍSICA	☐
LIMPIEZAS INTEGRALES	☐
ACOMPANIAMIENTO A GESTIONES	☐
PRODUCTOS DE APOYO	☐
CERRADURA DIGITAL	☐
MIRILLA DIGITAL	☐
REPARACIONES DOMÉSTICAS	☐

4.- DECLARO:

- Que eximo a la Diputación de Palencia de cualquier responsabilidad derivada del disfrute, instalación o utilización de estos servicios complementarios.
- Que estos servicios no conllevan aportación económica alguna.
- Que serán asumidos por el usuario los costes de:
 - o **Los materiales necesarios en caso de actuaciones domésticas (Reparaciones domésticas, cerradura digital y mirilla digital).**
 - o **El desplazamiento del profesional acompañante durante el mismo si este existiera.**
- Que durante el servicio de limpieza integral estará presente el usuario/o (o persona en quien delegue) que autorizará y costeará, en su caso, la retirada de los muebles y enseres que sean necesarios para que esta se complete, responsabilizándose de la custodia de los efectos personales.
- Que el servicio de atención residencial es un recurso de carácter social y temporal por un periodo inicial máximo de 30 días, prorrogable (salvo que se solicite por respiro familiar) por 30 días más bajo criterio técnico de la Comisión de Atención a la Dependencia.
- Que he recibido la información correspondiente y consiento la prestación de el/los servicio/s arriba indicado/s.

, a de de
Firma

SERVICIOS SOCIALES - DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE PALENCIA



DIPUTACIÓN DE PALENCIA

Departamento
Servicios Sociales

Código Expediente
DIP/9202/2024

Código Documento
SSS18I02LZ

Sello/certificación electrónica/mecánica

Documento electrónico. Consultar autenticidad en: <http://csv.diputaciondepalencia.es>

Código de Verificación Electrónica (CSV): 3Q4F671G5A2D4S181D83



Segundo. – Dar traslado de la presente resolución al Servicio tramitador y a la Secretaria General.

Tercero. – Hacer pública la presente resolución y los modelos normalizados aprobados en la página web de la Diputación Provincial de Palencia.