

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que conozco mi obligación de comunicar a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de mi provincia o al Centro de Acción Social correspondiente a mi domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, cuidador, ingreso en centros hospitalarios o asistenciales, servicios públicos recibidos, pensiones, disposiciones patrimoniales...

ME COMPROMETO a facilitar el seguimiento y control de las prestaciones, incluido el acceso a mi domicilio de los profesionales competentes.

CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS Soy mi consentimiento, a los efectos de asegurar una correcta valoración de mi situación personal, familiar y social y conseguir la eficiencia y optimización de los recursos públicos sociales y sanitarios, para la utilización en este procedimiento de los datos y la información relativa a mis solicitudes y demandas de servicios sociales, así como de las valoraciones e informes existentes para el acceso al sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, para la cesión de datos personales y sanitarios de la Gerencia Regional de Salud a la Gerencia de Servicios Sociales y para la cesión de datos personales y relativos a la situación de dependencia de la Gerencia de Servicios Sociales a la Gerencia Regional de Salud.

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO



Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente



Sí doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática a través de otros medios, los datos de identidad, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia, datos facilitados por el Registro Civil y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.

No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del interesado / padre, madre o tutor de menor de 18 años / representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

Si la solicitud la firma el representante legal o representante de presunto incapaz, indique si autoriza la consulta telemática de sus datos de identidad (del representante). Si no autoriza, debe aportar copia del DNI/NIE.

Autorizo No autorizo

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO



Si existe cónyuge o pareja de hecho, es obligatorio
marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente



Sí doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática a través de otros medios, los datos de identidad, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.

No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del cónyuge o pareja de hecho

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

Gerente Territorial de Servicios Sociales de la provincia de _____

Anexo A. Acceso al servicio público de ayuda a domicilio

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____

Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

Para personas que se encuentran en situaciones de dificultad o falta de autonomía personal y dependencia

Solicita el servicio de ayuda a domicilio

Actualmente no lo recibe.

Actualmente lo recibe.

Actualmente lo recibe y desea modificar el número de horas. _____

(indicar el número total de horas mensuales que desea recibir)

Ayuntamiento/Diputación donde lo está recibiendo _____

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO

Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente



SÍ doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática a través de otros medios, los datos de identidad, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.

NO doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del interesado / representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO

Si existe cónyuge o pareja de hecho, es obligatorio
marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente



SÍ doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática a través de otros medios, los datos de identidad, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.

NO doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del cónyuge o pareja de hecho

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

Ayuntamiento / Diputación de _____

(Este anexo forma parte de la solicitud y no se puede presentar de forma independiente)

Anexo B. Acceso al servicio público de teleasistencia

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____

Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

Solicita el servicio de teleasistencia:

Ya lo recibe y desea seguir recibéndolo.

Lo ha solicitado al margen de la solicitud de valoración de dependencia, pero aún no lo recibe y desea recibirlo.

No lo recibe, no lo ha solicitado, y desea recibirlo.

Ayuntamiento/Diputación donde lo está recibiendo _____

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO

Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente



SÍ doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.

NO doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del interesado / representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO

Si existe cónyuge o pareja de hecho, es obligatorio
marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente



SÍ doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.

NO doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del cónyuge o pareja de hecho

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

Ayuntamiento / Diputación de _____

Anexo C. Acceso al servicio público autonómico de centro residencial / estancias diurnas, para personas mayores

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____
 Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

Solicita plaza de centros de día en:

1º _____ 2º _____ 3º _____

Cualquier centro con plazas públicas de la localidad de: _____

Solicita plaza de centro residencial en:

1º _____ 2º _____ 3º _____

4º _____ 5º _____ 6º _____

Todos los centros de la provincia de: _____ Todos los centros de Castilla y León.

Sólo desea recibir atención como centro de noche.

¿Desea ingresar con su cónyuge? Sí No

Si esta solicitud se formula conjuntamente con la de otras personas, indicar sus datos:

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____ Convive con el solicitante: Sí No

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____ Convive con el solicitante: Sí No

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____ Convive con el solicitante: Sí No

En el caso de que la vivienda habitual del solicitante antes de ingresar en un centro residencial, fuera de su propiedad y en la misma deban continuar residiendo su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes mayores de 65 años, hijos, o personas vinculadas por razón de tutela y/o acogimiento menores de 25 años o mayores de tal edad en situación de dependencia o con discapacidad, deberá rellenar los siguientes datos:

Otras personas que conviven con el solicitante:

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____

En el caso de que el solicitante tenga cónyuge en régimen de gananciales, deberá firmar la siguiente autorización (si el cónyuge ha solicitado también el ingreso en centro no es necesaria la firma en este apartado):

Yo, D./D.^a _____ expreso mi conformidad a la participación de la financiación del coste de la estancia de mi cónyuge.

Firma del cónyuge

Anexo D. Acceso al servicio público autonómico de centro residencial / centro de día, para personas con discapacidad

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____
 Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

Nota Aclaratoria: Puede elegir plaza de centro de día y plaza de centro residencial. El centro residencial y el centro de día son servicios compatibles para un mismo usuario. La solicitud de plaza residencial incluye también la solicitud de atención diurna. Si el centro residencial que elije no dispone de atención diurna, se le informará.

Solicita plaza de centros de día en:

Solicita un centro en concreto 1º _____ 2º _____
 Todos los centros de la entidad: _____
 Todos los centros de la provincia de: _____ Todos los centros de Castilla y León.

Solicita plaza de centro residencial en:

Solicita un centro en concreto 1º _____ 2º _____
 Todos los centros de la entidad: _____
 Todos los centros de la provincia de: _____ Todos los centros de Castilla y León.

Indique el tipo de plaza que solicita: Plaza de 365 días al año de permanencia en el centro.
 Plaza de 272 días al año de permanencia en el centro
 (todos los días del año, excepto fines de semana alternos y vacaciones).
 Plaza de 182 días al año de permanencia en el centro
 (todos los días del año, excepto fines de semana y vacaciones).

Si el solicitante vive en un domicilio particular, relación de personas con las que convive: (todos los datos son de cumplimentación obligatoria para los solicitantes que no residen en un centro durante 365 días al año)

El solicitante vive solo

- Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____
- Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____
- Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____

(Si residen en el domicilio más de tres personas, añada al dorso los datos correspondientes al resto de convivientes)

AUTORIZACIÓN a la Administración para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.

Firma del conviviente 1 Firma del conviviente 2 Firma del conviviente 3
 Fdo.: Fdo.: Fdo.:

Sí No

Sí No

Sí No

Es obligatorio marcar una de las dos opciones. Si alguno de los convivientes no marca ninguna opción, será necesario subsanar la solicitud, y se retrasará la tramitación del expediente. Si alguno de los convivientes no da su autorización, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente)

Si residen en el domicilio más de tres personas, añadir al dorso la autorización y firma del resto de miembros.

En el caso de que el solicitante tenga cónyuge en régimen de gananciales, deberá firmar la siguiente autorización (si el cónyuge ha solicitado también el ingreso en centro no es necesaria la firma en este apartado):

Yo, D./D^a _____ expreso mi conformidad a la participación de la financiación del coste de la estancia de mi cónyuge.

Firma del cónyuge

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

(Este anexo forma parte de la solicitud y no se puede presentar de forma independiente)

Anexo E. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____

Si está siendo atendido en su entorno familiar, no recibe un servicio incompatible y desea que se le reconozca esta prestación o un cambio de cuidador, señale sus datos. No puede elegir esta prestación si en el apartado VII ha solicitado prestación económica vinculada para algún servicio o si ha solicitado prestación económica de asistencia personal.

Datos de la persona cuidadora:

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____

Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Parentesco del cuidador con la persona dependiente: _____

> Si no existe parentesco, ¿el cuidador lleva más de un año viviendo en su mismo municipio o en otro vecino? _____ Sí No

Compromisos y autorización de la persona cuidadora:

ME COMPROMETO a asumir la responsabilidad del cuidado de la persona dependiente. Este compromiso supone tener capacidad y disponer del tiempo necesario para prestarle cuidado y atención de forma adecuada por un periodo continuado de un año o, en caso de rotación de cuidadores, durante un periodo mínimo de tres meses continuados.

ME COMPROMETO a facilitar el acceso de los profesionales de los servicios sociales a la vivienda de la persona en situación de dependencia, previo consentimiento de ésta, con el fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias.

Declaro conocer la obligación del beneficiario de comunicar el cambio de cuidador en el plazo de diez días desde que se produzca y estoy al corriente de las consecuencias que el incumplimiento de esta obligación conlleva a los efectos de revisión y extinción de la prestación de cuidados en el entorno familiar.

Estos cuidados se prestarán en territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

AUTORIZACIÓN para la verificación de datos:

Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente



SÍ doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, mis datos de identidad y los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia .

NO doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar junto con la solicitud, copia del DNI y certificado de empadronamiento. Si no lo aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

Firma de la persona cuidadora

Continúa en el reverso

Si la persona en situación de dependencia está siendo atendida de forma rotatoria por varios cuidadores, marque aquí y complete:

Periodo de atención continuada por cada cuidador (si son periodos iguales) _____

Si cada cuidador presta los cuidados en periodos de duración diferente, o en domicilios diferentes, identifique el nombre y apellidos del cuidador, el periodo continuado en el que presta los cuidados, y el domicilio en el que los presta:

Cuidador 1: _____ Periodo: _____

Domicilio completo: _____

Cuidador 2: _____ Periodo: _____

Domicilio completo: _____

Cuidador 3: _____ Periodo: _____

Domicilio completo: _____

Si la persona en situación de dependencia ha trasladado su domicilio desde otra Comunidad Autónoma a un municipio de Castilla y León, cumplimente los siguientes datos:

En la fecha del traslado de domicilio, tenía reconocida en la Comunidad de origen la siguiente prestación: (indique lo que corresponda: servicio de ayuda a domicilio, servicio de promoción de la autonomía personal, centro de día, centro de noche, centro residencial, prestación económica vinculada a un servicio, prestación económica de asistencia personal, prestación económica de cuidados en el entorno familiar) _____

Si la prestación que tenía reconocida es la de cuidados en el entorno familiar, indique si la Comunidad Autónoma de origen le ha hecho efectivo el pago de la prestación reconocida:

He percibido la prestación económica de cuidados en el entorno familiar reconocida por la otra Comunidad Autónoma.

Aún no he comenzado a percibir la prestación económica de cuidados en el entorno familiar reconocida por otra Comunidad Autónoma.

Señale si está recibiendo teleasistencia y desea continuar con ella: _____

Anexo F. Prestación vinculada al servicio de promoción de la autonomía personal compatible con la prestación económica de cuidados en el entorno familiar para menores de dieciocho años

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____

Pueden ser beneficiarios de esta prestación las personas menores de 18 años que también lo sean de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

Miembros de la unidad familiar:

Indique en la tabla siguiente los datos de las personas que convivan con el menor para quien se solicita la prestación: padres, tutores o guardadores; cónyuge o pareja de hecho de los anteriores; hijos de los padres, tutores o guardadores, que sean menores de 25 años y dependan económicamente de aquellos; otros familiares de primer grado del menor.

Las personas integrantes de la unidad familiar, relacionadas a continuación, autorizan, con su firma, la consulta telemática, o a través de otros medios, de sus datos de identidad, residencia en el servicio de verificación de datos de residencia y datos económicos necesarios para determinar la capacidad económica de la unidad familiar, procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades Gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social y otros organismos públicos.

No es necesaria la firma de los menores de edad o mayores incapacitados. En este caso, la autorización la presta con su firma la persona que ostenta la patria potestad o tutela. Si alguna de las personas relacionadas a continuación se encuentra en esa situación, indíquelo en el apartado de la firma.

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	Firma:

Continúa en el reverso

Si dispone de libro de familia que acredite la composición de la unidad familiar, aporte una copia.

Si alguna de las personas relacionadas en la tabla de la página anterior percibe pensión de gran invalidez, de incapacidad absoluta, pensiones del extranjero, pensiones compensatorias en caso de separación o divorcio o pensiones alimenticias, indique el importe mensual actual y el importe anual de los dos años anteriores:

(Si recibe pensiones compensatorias, de alimentos o del extranjero, aporte documentación acreditativa)

Custodia compartida: Si el menor para quien se solicita la prestación convive alternativamente en dos unidades familiares, indíquelo aquí , marcando con una x.

En este caso, los miembros computables son los dos progenitores del menor y los hijos comunes de ambos, por lo que debe aportarse otro ejemplar de este anexo en el que se incluya al otro progenitor y a los hijos comunes de ambos, con los que conviva.

Si alguna de las personas relacionadas en la tabla de la página anterior, es mayor de edad, con capacidad de obrar y no autoriza con su firma la consulta de datos, debe aportar copia de toda la documentación que se indica a continuación:

1. Documento Nacional de Identidad (DNI) o tarjeta acreditativa de la condición de residente, en vigor, en el caso de personas que carezcan de la nacionalidad española.
2. Certificado de empadronamiento.
3. Documentos acreditativos de todas las pensiones y prestaciones que reciba.
4. Certificado de la Agencia Tributaria de la declaración del IRPF correspondiente a los dos últimos ejercicios. En caso de no estar obligado a declarar, certificado de imputación de rentas expedido por la Agencia Tributaria. Si tiene su domicilio fiscal en el País Vasco o en Navarra, deberá aportar el certificado expedido por los órganos correspondientes de las Diputaciones Forales.

Los documentos 3 y 4 deben aportarse con la solicitud y cada año antes del 30 de septiembre.