



COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS PERSONALES, FAMILIARES O DEL ENTORNO

Artículo 4 de la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establece la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

Nº EXPEDIENTE (A cumplimentar por la Administración)

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE									
Nombre		Apellido 1		Apellido 2		DNI/NIE/Pasaporte			
Fecha de nacimiento ____/____/____		Nacionalidad		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Nº Tarjeta Sanitaria de Andalucía		Nº Seguridad Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario/a		¿Es mutualista? En caso de que sí, indique: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> ISFAS					
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico					
Vive usted solo/a <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de domicilio habitual <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Centro residencial <input type="checkbox"/> Otros							
Dirección del domicilio habitual									
Tipo vía	Nombre vía			Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia		Código Postal			País		
2. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD REPRESENTANTE									
Nombre		Apellido 1		Apellido 2		DNI/NIE/Pasaporte			
Fecha de nacimiento ____/____/____		Nacionalidad		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer					
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico					
Nombre de la entidad						NIF/CIF			
Tipo de representación: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Representación voluntaria <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Tutela administrativa <input type="checkbox"/> Guardador/a de hecho <input type="checkbox"/> Defensor/a judicial									
Domicilio de la persona o entidad representante									
Tipo vía	Nombre vía			Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia		Código Postal			País		



3. CIRCUNSTANCIA QUE DESEA COMUNICAR

Señale con una X la opción que proceda:

CAMBIO DE DOMICILIO: Permanente Temporal (Indicar período de _____ meses)
(sólo en caso de marcar la casilla permanente, se considerará como nuevo domicilio el señalado en el apartado 1 de la presente solicitud)

- A OTRA PROVINCIA DE ANDALUCÍA
- EN LA MISMA PROVINCIA PERO DISTINTO MUNICIPIO
- EN EL MISMO MUNICIPIO
- TRASLADO DE RESIDENCIA AL TERRITORIO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA, y en su caso petición del traslado de expediente.
- TRASLADO DE RESIDENCIA AL TERRITORIO DE OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Comunidad Autónoma de destino: _____

Fecha del traslado: ____/____/____

Datos del nuevo domicilio:

Tipo vía	Nombre vía	Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso
Localidad		Provincia	Código Postal		País	

INGRESO EN CENTRO HOSPITALARIO O ASISTENCIAL Permanente Temporal

Nombre del centro: _____

Dirección del centro:

Tipo vía	Nombre vía	Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso
Localidad		Provincia	Código Postal		País	

CAMBIO DE PERSONA CUIDADORA (en caso de tener reconocida la prestación económica para cuidados en el entorno familiar)
Indique, brevemente, el motivo del cambio:

CAMBIO DE ASISTENTE PERSONAL (en caso de tener reconocida la prestación económica de asistencia personal)
Indique, brevemente, el motivo del cambio:

MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD ECONÓMICA

FALLECIMIENTO DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Indique la fecha de la defunción: ____/____/____

CAMBIO DEL DOMICILIO CONSIGNADO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (indicar en el apartado 7 la dirección a la que desea que se remitan las notificaciones referidas al procedimiento de dependencia)



9. DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.
- Que conozco la obligación de comunicar al Servicio Territorial de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía correspondiente a la provincia de residencia, cualquier variación que pudiera producirse en los datos consignados en la presente solicitud. Particularmente, de la obligación de comunicar inmediatamente el ingreso en un centro hospitalario o asistencial que no suponga coste para la persona solicitante.
- Que asumo el compromiso de facilitar el acceso al lugar de residencia habitual para el desarrollo de las tareas de elaboración del programa individual de atención, así como para facilitar el seguimiento y control de las prestaciones por parte de la Administración competente.

En _____, a _____ de _____ de _____

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Fdo.: _____

ILMO/A. SR./A DELEGADO/A TERRITORIAL DE LA CONSEJERÍA COMPETENTE EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES EN _____,
COMO REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA DE ANDALUCÍA

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA REPRESENTACIÓN

En función del tipo de representación, deberá aportarse:

Padre/madre de menor de edad o incapacitado/a: fotocopia del libro de familia o certificado registral, del auto de acogimiento o adopción o sentencia judicial de incapacitación, en su caso.

Tutor/a de menor de edad o incapacitado/a: fotocopia del auto de aceptación del cargo de tutor/a o sentencia judicial de incapacitación.

Guardador/a de hecho: declaración del guardador/a de hecho.

Representante voluntario con poder o mandato verbal: fotocopia del poder notarial, autorización para la representación voluntaria o declaración de mandato verbal

Tutela administrativa: fotocopia de la resolución por la que se asume la tutela.

Defensor/a judicial: fotocopia del auto de nombramiento del defensor/a judicial.