

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA) PARA CAMBIO O ADECUACIÓN DE LA PRESTACIÓN

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia



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 ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Pareja de Hecho ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a				
Nº Tarjeta Sanitaria de Andalucía	Nº Seguridad Social ☐ Titular ☐ Beneficiario/a		¿Es mutualista? En caso de que sí, indique: ☐ NO ☐ MUFACE ☐ MUGEJU ☐ ISFAS				
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico					
Vive usted solo/a ☐ Sí ☐ No		Tipo de domicilio habitual ☐ Particular ☐ Centro residencial ☐ 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 ☐ Hombre ☐ Mujer					
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico					
Nombre de la entidad						NIF/CIF	
Tipo de representación: ☐ Padre/madre ☐ Representación voluntaria ☐ Tutor/a ☐ Tutela administrativa ☐ Guardador/a de hecho ☐ 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. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

GRADO RECONOCIDO:	Fecha de Resolución - -	Provincia
PRESTACIÓN O PRESTACIONES RECONOCIDAS ACTUALMENTE:	Fecha de Resolución - -	Provincia

4. MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL CAMBIO O ADECUACIÓN DE LA PRESTACIÓN

Explique brevemente las circunstancias que, a su juicio, motivan la necesidad o conveniencia de revisar el PIA*:

(*) Circunstancias que impliquen un cambio en su situación social, familiar o del entorno que afecte a la prestación reconocida.

5. PRESTACIÓN O PRESTACIONES QUE SOLICITA

Indique la prestación o prestaciones que considera más adecuadas a sus necesidades de atención (máximo dos preferencias)**

1ª _____

2ª _____

(**) Teniendo en cuenta el catálogo de prestaciones por grado de dependencia en Andalucía y el régimen de compatibilidad entre las mismas, según la normativa vigente.

6. CONSENTIMIENTO EXPRESO

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS

Marque una de las dos opciones:

☐	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
☐	NO CONSIENTE y aporta la documentación acreditativa.

7. OPOSICIÓN A LA COMPROBACIÓN DE DATOS

En virtud de lo dispuesto en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía va a consultar o recabar, por medios electrónicos, todos los datos que se relacionan a continuación, salvo que se manifieste expresamente la oposición a ello marcando la casilla correspondiente.

☐	Datos de identidad de la persona solicitante
☐	Datos de identidad de la persona representante

8. DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA JUNTO CON LA SOLICITUD

Con carácter obligatorio:

- ☐ Documentación acreditativa de la representación (ver instrucciones al final del formulario)

En caso de no autorizar a la Administración para la consulta de datos correspondiente:

- ☐ Copia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona solicitante ☐ Copia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona representante

Con carácter opcional:

Otros informes o documentos que acrediten la variación en las condiciones de salud o del entorno de la persona que afecten a su situación de dependencia:

1. _____

2. _____

3. _____



9. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Deseo recibir las notificaciones referidas al procedimiento en la dirección postal anteriormente indicada para:

☐ La persona solicitante

☐ La persona o entidad representante

En todo caso indicar dirección:

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

10. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos de lo siguiente:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, cuya dirección es Calle Seda, nave 5. Polígono Industrial Hytasa, 41006 – Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo electrónico dpd.assda@juntadeandalucia.es.
- Los datos personales que nos indica se incorporarán a la actividad de tratamiento “ASSDA. Reconocimiento y gestión de la situación de dependencia”, con la finalidad exclusiva de tramitar el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y gestión de las prestaciones derivadas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la personas en situación de dependencia. La licitud de dicho tratamiento se basa en el artículo 6.1 a) del Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales (RGPD); el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos; en el artículo 6.1 e) del RGPD: el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. También en los artículos 9.2.g) y h) del citado RGPD.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión (derecho al olvido), portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- Los datos facilitados en el presente formulario podrán ser cedidos o comunicados exclusivamente para actuaciones relacionadas con la finalidad antes indicada, a los siguientes destinatarios: servicios sociales comunitarios, Servicio Andaluz de Salud, Inspección de Servicios Sociales, IMSERSO y entidades y organismos de otras comunidades Autónomas con competencias en materia de dependencia. En caso de requerimiento: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado/Autoridades Judiciales.

La información adicional detallada sobre esta actividad de tratamiento de datos se encuentra en el enlace siguiente: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/235726.html>

11. 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.