



SOLICITUD DE REVISIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA RECONOCIDO

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

CAUSA DE LA REVISIÓN:

☐ EMPEORAMIENTO de la situación de dependencia

☐ MEJORÍA de la situación de dependencia

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		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 ☐ Tutor/a ☐ Guardador/a de hecho ☐ Representación voluntaria ☐ Tutela administrativa ☐ 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

Situación de dependencia reconocida:

☐ Grado III	☐ Grado II	☐ Grado I	☐ Sin grado	Fecha Resolución	- -	Provincia
------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------	-----	-----------

Actualmente ¿recibe algún tipo de prestación de dependencia? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿desea modificarla por otra? ☐ Si ☐ No ☐ No, pero quiero añadir el Servicio de Teleasistencia Avanzada

Indicar sólo si no ha informado en la solicitud inicial:

¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad?	Porcentaje	Año	Provincia
☐ Si ☐ No Tipo (voluntario)	%		

¿Tiene reconocido el complemento de necesidad de asistencia de tercera persona? ☐ Si ☐ No	Puntuación	Porcentaje	Año	Provincia
		%		

¿Tiene reconocida la incapacidad permanente en grado de gran invalidez por la Seguridad Social? ☐ Si ☐ No

¿Tiene diagnosticada una enfermedad rara, catalogada como tal? ☐ Si ☐ No

4. 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.

En caso de oposición, se deberán aportar los documentos que se indican en el apartado 5 siguiente.

Datos de identidad de la persona solicitante	
Datos de identidad de la persona representante	☐
Datos relativos a la discapacidad de la persona solicitante	☐
Datos relativos a la situación laboral de incapacidad permanente de la persona solicitante	☐

5. 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 pertenecer a MUFACE, MUGEJU o ISFAS, informe de salud con indicación de los diagnósticos que acrediten el agravamiento o mejoría de la persona solicitante respecto a la situación anterior y demuestre que su situación de salud es estable.

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
- ☐ Documentación acreditativa del grado de discapacidad y, en su caso, del complemento de necesidad de tercera persona.
- ☐ Documentación acreditativa del reconocimiento de la incapacidad permanente en grado de gran invalidez.

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. _____



6. 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 caso de otra dirección indicar:

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

7. 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>

8. 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 SERVIOS 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.