



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Mayores,
Personas con Discapacidad y Dependientes

Nº Procedimiento

120045

Código SIACI

SK67

SOLICITUD DE REVISIÓN EN EL MARCO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>		
NIF	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>	Fecha Nacimiento	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Sexo: H	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>						
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>		
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>		
Nombre y Apellidos Cónyuge:	<input type="text"/>						
DNI Cónyuge:	<input type="text"/>	Fecha Nacimiento Cónyuge:	<input type="text"/>				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NIF	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>		
Domicilio:	<input type="text"/>						
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>		
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>		
Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.							

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán integrados en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en este Organismo sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema, todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.



EXPONE (marque con una x la revisión que solicita)

1. Que habiéndome reconocido el Grado _____, Nivel _____ de Dependencia, en la fecha _____,

2. Que habiéndome reconocido un Programa Individual de Atención (PIA) de fecha _____, señale el servicio o prestación reconocido:

- Servicio de prevención de la autonomía personal.
- Promoción de autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de centro de día de atención a personas con discapacidad
- Servicio de estancias diurnas de atención a personas mayores.
- Servicio de Centro de Noche.
- Servicio de atención residencial de carácter permanente.
- Servicio de atención residencial de carácter temporal.
- Prestación económica vinculada al servicio.
- Prestación económica de asistencia personal.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

- Considero que el reconocimiento de grado y nivel no es acorde a mi situación actual de dependencia.
- Considero que los servicios y/o prestaciones no se adecuan a mi situación actual de dependencia.
- Otros (Especificar): _____

ALEGACIONES: (Manifieste los motivos por los que Ud. considere necesario proceder a revisar su Expediente)



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Mayores,
Personas con Discapacidad y Dependientes

SOLICITO (Puede marcar ambos conceptos, si así lo desea)

- Sea revisado el Grado de mi situación de Dependencia.
- Sea revisado el Programa Individual de Atención (PIA) de mi situación de dependencia.

Para lo cual aporto la siguiente documentación:

- Informe de Salud del médico de atención primaria.
- Informes de Salud del médico de atención especializada.
- Otros informes (Especificar qué tipos):
- Otros documentos (Especificar qué tipos):

NOTA INFORMATIVA: En el caso de que sea admitida la solicitud de revisión de grado y se proceda a una nueva valoración del mismo, el resultado de la misma será vinculante, incluida una posible mejoría y, por tanto, la obtención de un grado menor del inicialmente reconocido.

PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de Euros.

Tarifa por solicitud de REVISIÓN DE GRADO de dependencia reconocido: 41,62euros.

Tarifa por solicitud de REVISIÓN DE PIA: 15,61euros.

Estarán exentos del pago de dichas tasas, aquellos solicitantes cuya capacidad económica personal sea igual o inferior al 75% de la cuantía del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM).

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.
- Presencialmente, adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

En a de de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

ILMO. SR. COORDINADOR DE LOS SERVICIOS PERIFERICOS DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES DE