SK67

120045

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

Código SIACI

Nº Procedimiento

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF [ ]  | NIE [ ]  | Núm. documento |       | Fecha Nacimiento |       |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estado Civil |       | Sexo: H | [ ]  | M | [ ]  |  | Nacionalidad: |       |  |

 |
| Tipo Vía:  |       | Vía: |       | Nº:  |       |  |
| Bloque: |       | Portal: |       | Escalera: |       | Planta |       | Puerta: |       |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Municipio: |       |  |
| Localidad: |       | Teléfono fijo: |       | Teléfono móvil: |       |
|  |
| Correo electrónico:  |      **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** |
|  |  |
| Datos del Cónyuge |
| Nombre: |       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

 1º Apellido 2º Apellido:  |
|

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

 DNI Cónyuge: Fecha Nacimiento Cónyuge:

|  |
| --- |
|       |

Régimen económico matrimonial (en el caso de no indicar nada se entenderá gananciales):  |

|  |
| --- |
| **DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN** |
| (Rellenar cuando el domicilio sea distinto del recogido en Datos de la persona solicitante) |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Tipo Vía:  |       | Vía: |       | Nº:  |       |

 |
| Bloque: |       | Portal: |       | Escalera: |       | Planta: |       | Puerta: |       |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Municipio: |       |  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Localidad: |       | Teléfono fijo: |       | Teléfono móvil: |       |

 |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Correo electrónico:  |      **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** |

 |
|  |

|  |
| --- |
|  **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| **[ ]** Correo postal (De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados  a la notificación electrónica.) **[ ]** Notificación electrónica (Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en  la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos). |
|  |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE O GUARDADOR/A DE HECHO** |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |

 |
| NIF [ ]  NIE [ ]  |  Número de documento: |       |  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Tipo Vía:  |       | Vía: |       | Nº:  |       |

 |
|  |
| Bloque: |       | Portal: |       | Escalera: |       | Planta: |       | Puerta: |       |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Municipio: |       |  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Localidad: |       | Teléfono fijo: |       | Teléfono móvil: |       |

 |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Correo electrónico:  |       |

 |
| Representante:[ ]  Madre/Padre/Tutor para menores de 18 años [ ]  Como representante voluntario / Guardador de Hecho (1)[ ]  Como representante legal (2)(1) Adjuntar documento acreditativo de la guarda de hecho.(2) Adjuntar documento acreditativo de la representación legal. |

|  |
| --- |
|  **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.  |
| **Finalidad** | Reconocimiento de la situación de dependencia y posterior reconocimiento del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha. |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.Datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Decreto 1/2019, de 8 de enero, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: <https://rat.castillalamancha.es/info/1786> |

|  |
| --- |
| **DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA** |
| 1. ¿Tiene reconocido Grado de Discapacidad? SI [ ]  NO [ ]
2. ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona? (ATP) SI [ ]  NO [ ]
3. ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de Gran Invalidez? SI [ ]  NO [ ]
 |

**EXPONE (marque con una X la revisión que solicita):**

|  |
| --- |
| **REVISIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA** |
| Que reuniendo los requisitos, y al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y conforme al Decreto 1/2019, de 8 de enero, de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.Que habiéndome reconocido el Grado      , Nivel       de Dependencia, en la fecha       Que, a los efectos de prioridad en la tramitación manifiesta que su edad es [ ]  MENOR DE 6 AÑOS [ ]  ENTRE 6 Y 89 AÑOS [ ]  MAYOR DE 90 AÑOS**SOLICITA**,[ ]  Sea revisada mi situación de dependencia  |
| **REVISIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA)** |
| Que reuniendo los requisitos, y al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y conforme al Decreto 1/2019, de 8 de enero, de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.Que habiéndome reconocido un Programa Individual de Atención (PIA) en fecha       con el/los siguiente/s servicio/s o prestación/es (señale el servicio o prestación reconocido): [ ]  Servicio de promoción de la autonomía personal. [ ]  Servicio de teleasistencia avanzada. [ ]  Servicio de ayuda a domicilio. [ ]  Servicio de centro de día o centro ocupacional para personas con discapacidad. [ ]  Servicio de centro de día de atención a personas mayores. [ ]  Servicio de atención residencial para personas con discapacidad. [ ]  Servicio de atención residencial para personas mayores [ ]  Prestación económica vinculada al servicio de (especificar modalidad):       [ ]  Prestación económica de asistencia personal. [ ]  Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.Que, a los efectos de prioridad en la tramitación manifiesta que su edad es [ ]  MENOR DE 6 AÑOS [ ]  ENTRE 6 Y 90 AÑOS [ ]  MAYOR DE 90 AÑOS**SOLICITA**,[ ]  Sea revisado el Programa Individual de Atención con la/s siguiente/s modalidad/es de atención: **Servicios incluidos en el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia:** [ ]  Servicio de promoción de la autonomía personal [ ]  SEPAP- MejoraT.[ ]  Atención temprana.[ ]  Productos de apoyo.[ ]  Otros (especificar): [ ]  Servicio de teleasistencia avanzada. [ ]  Servicio de ayuda a domicilio.[ ]  Servicio de centro de día o centro ocupacional para personas con discapacidad. Indique los centros por orden de preferencia:[ ]  Servicio de centro de día para personas mayores. Indique los centros por orden de preferencia:               [ ]  Servicio de atención residencial de carácter permanente para personas con discapacidad. Indique los centros por orden de preferencia:               [ ]  Servicio de atención residencial de carácter permanente para personas mayores. Indique los centros por orden de preferencia:               [ ]  Servicio de atención residencial de carácter temporal. Indique los centros por orden de preferencia:               **Prestaciones económicas incluidas en el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia:**[ ]  Prestación económica vinculada al servicio. Indique para qué servicios:[ ]  Servicio de atención residencial para personas con discapacidad.[ ]  Servicio de atención residencial para personas mayores.[ ]  Servicio de centro de día para personas con discapacidad.[ ]  Servicio de centro de día para personas mayores.[ ]  Servicio de ayuda a domicilio.[ ]  Servicio de promoción de la autonomía personal (especificar):       [ ]  Prestación económica de asistencia personal.[ ]  Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.  |
|  |
|

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS.** |
| **Declaraciones responsables:**La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: **[ ]** Las disposiciones patrimoniales realizadas en los últimos 4 años, de conformidad con lo dispuesto en la Disposición adicional quinta de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, son las siguientes:-      -      -      **[ ]** No está obligada a presentar declaración sobre el impuesto de la renta y sobre el patrimonio.**[ ]** Datos económicos (Rellenar solo en el caso de no tener obligación de presentar declaración sobre el impuesto de la renta y sobre el patrimonio o cuando se oponga expresamente a la consulta de datos económicos).**1. DATOS SOBRE LA RENTA**¿Tiene ingresos o rentas propios? SI **[ ]**  NO **[ ]** 1.1. RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES ECONÓMICAS Concepto Empresa, Organismo o Persona Ingresos netos (anual)                                                         1.2. RENTAS DE CAPITAL Concepto Rendimientos netos (anual)                                        1.3. RENTAS DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS Tipo de Actividad Rendimientos netos (anual)                          1.4. GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES Concepto Rendimientos netos (anual)                                       **2. DATOS SOBRE EL PATRIMONIO** ¿Es titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual? SI **[ ]**  NO **[ ]** Si la respuesta es afirmativa indique: BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD Concepto Valor                                        DEUDAS Y OBLIGACIONES Concepto Valor Deudas y Obligaciones                                      **3. MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA** Rellenar cuando la persona interesada tenga a su cargo cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o hijos menores de 25 años o mayores con discapacidad que dependan económicamente de ella.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Relación con el solicitante  | Nombre | 1º Apellido | 2º Apellido | DNI | Fecha de nacimiento | Ingresos anuales |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |

Es necesario rellenar el Anexo de Autorización de Cesión de Datos por cada uno de los miembros de la unidad de convivencia que aparece en la página 9 de esta solicitud. [ ]  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal. |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **AUTORIZACIONES, COMPROMISO Y DOCUMENTACIÓN** |
| **AUTORIZACIONES EXPRESAS**[ ]  **Autorizo** el acceso a la consulta de la información obrante en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, siempre que sea posible dicha consulta.[ ]  **Autorizo** la consulta de datos tributarios correspondientes a la última declaración de la renta de las personas físicas y del patrimonio.Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, **esta Consejería va a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice** expresamente dicha comprobación:[ ]  NO: Los acreditativos de identidad de la persona interesada y de su representante o guardador de hecho.[ ]  NO: Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).[ ]  NO: La información de todos los bienes inmuebles de los que sea titular la persona interesada.[ ]  NO: La información sobre pensiones públicas que perciba la persona interesada.Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente: -       -       -      En caso de no otorgar la autorización indicada anteriormente, deberá presentar:[ ]  Documento Nacional de Identidad de la persona interesada. Para los menores de edad se presentará igualmente Documento Nacional de Identidad.[ ]  Las personas que carezcan de la nacionalidad española aportarán tarjeta acreditativa de su condición de residente en la que figure el Número de Identificación de Extranjero. [ ]  Certificado de empadronamiento de la persona interesada.[ ]  La última declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas de la persona interesada.[ ]  La última declaración del impuesto sobre el patrimonio de la persona. [ ]  La información de todos los bienes inmuebles de los que sea titular la persona interesada.[ ]  La información sobre pensiones públicas que perciba la persona interesada.La presente autorización se otorga exclusivamente a efectos del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**ME COMPROMETO** a que los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria y/o los profesionales del Equipo Interdisciplinar de Atención a la Dependencia puedan acceder a mi domicilio, cuando me sea requerido y a los efectos de realizar las tareas de valoración de la situación socio-familiar, de desenvolvimiento en el entorno en el que vivo, así como de comprobar el cumplimiento de los requisitos o la variación de las circunstancias.**DOCUMENTACIÓN QUE APORTA JUNTO CON LA SOLICITUD:** Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:[ ]  Informe de salud.[ ]  Resolución judicial de incapacitación y documento acreditativo de la representación, en su caso. [ ]  Si la persona interesada pertenece a los regímenes especiales del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (Isfas), de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface), de la Mutualidad General Judicial (Mugeju) o a un colectivo con Convenio especial de atención sanitaria, deberá aportar la documentación acreditativa de la pertenencia a estos regímenes. |

 |

|  |
| --- |
| **MOTIVOS** **POR LOS QUE USTED CONSIDERA NECESARIO PROCEDER A LA REVISIÓN:** -       -       |

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

En       ,a       de       de

Firma o firma digital con DNI electrónico o certificado válido:

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE

**ANEXO – AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DECLARADOS EN LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**.

Para la tramitación de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Delegación Provincial de la Consejería de Bienestar Social va a proceder a verificar los siguientes datos y documentos relativos a los miembros de la unidad familiar que a continuación se relacionan, salvo que los mismos no autoricen expresamente dicha comprobación, en cuyo caso se comprometen a aportar la documentación pertinente.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.  |
| **Finalidad** | Reconocimiento de la situación de dependencia y posterior reconocimiento del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha. |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.Datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Decreto 1/2019, de 8 de enero, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: <https://rat.castillalamancha.es/info/1786>. |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL MIEMBRO DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA** |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF [ ]  | NIE [ ]  | Núm. documento |       | Relación con el solicitante: |       |

 |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIONES EXPRESAS**[ ]  **Autorizo** la consulta de datos tributarios correspondientes a la última declaración de la renta de las personas físicas. Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería de Bienestar Social **va a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente** dicha comprobación:[ ]  NO: Los acreditativos de la identidad. [ ]  NO: Los acreditativos del domicilio o residencia.[ ]  NO: La información sobre prestaciones públicas. [ ]  NO:La información referida al grado de discapacidad reconocida.  Asimismo, este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social va a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:- Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de      - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de      - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de      En el supuesto de que expresamente no autorice a este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:-      -      **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.** |

Firma o firma digital con DNI electrónico o certificado válido: