



SOLICITUD DE REVISIÓN DE GRADO DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA

Datos de la persona solicitante.

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

| | | | | | |
|-----------------|---------------------|---|--------------|--------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | | Nombre | |
| | | | | | |
| DNI/NIF/NIE/ | Fecha de Nacimiento | Sexo | Nacionalidad | Estado Civil | |
| | | H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | |

DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si esta ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

| | | | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|---------------|----------|--------|--------|
| Tipo Vía | Vía | Número | Kilómetro | Bloque | Portal | Escalera | Planta | Puerta |
| | | | | | | | | |
| Provincia | Municipio | Localidad | | | Código Postal | | | |
| | | | | | | | | |

DATOS DEL REPRESENTANTE

| | | | | | |
|-----------------|---------------------|---|--------------|----------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | | Nombre | |
| | | | | | |
| DNI/NIF/NIE/ | Fecha de Nacimiento | Sexo | Nacionalidad | Teléfono | |
| | | H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | |

- Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años Como representante voluntario
- Como representante de un incapacitado judicial Como Guardador de Hecho

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S..

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

| | | | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|---------------|----------|--------|--------|
| Tipo Vía | Vía | Número | Kilómetro | Bloque | Portal | Escalera | Planta | Puerta |
| | | | | | | | | |
| Provincia | Municipio | Localidad | | | Código Postal | | | |
| | | | | | | | | |

TELEFONOS DE CONTACTO:

Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto, bien del propio solicitante o bien de familiares, vecinos u otras personas con las que poder gestionar la hora y día de citación en su entorno habitual.

| | | |
|------------------|------------------|------------------|
| Teléfono Fijo 1 | Teléfono Fijo 2 | Teléfono Fijo 3 |
| | | |
| Teléfono móvil 1 | Teléfono móvil 2 | Teléfono móvil 3 |
| | | |



Notificaciones Electrónicas.

- Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.
- Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es/> *apartado consultas * notificaciones electrónicas
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Asimismo autorizo al **ImaS**, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:

- a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

@ .

- a través de un SMS en mi teléfono:

Discapacidad.

¿Tiene reconocido un grado de discapacidad?

Sí

No

(En caso afirmativo indique el grado y el resultado del baremo de Ayuda de tercera persona obtenido según RD1971/1999)

Grado discapacidad

Ayuda de Tercera Persona(ATP)

Año de Resolución

Provincia

(Deberá aportar documentación acreditativa cuando haya sido calificado en otra Comunidad Autónoma como minusválido/persona con discapacidad)

¿Tiene reconocida gran invalidez por el Instituto Nacional de la Seguridad Social?

Sí

No

Declaración y firma de la solicitud.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR al órgano competente en materia de Dependencia y/o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mi domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, nivel de ingresos, etc. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

En caso de no poder o saber firmar, la persona incapacitada físicamente pero en uso de sus facultades mentales, podrá hacerlo estampando la huella dactilar **debidamente diligenciada por funcionario público** quien en el ejercicio de sus funciones dará fe de corresponder al solicitante.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones públicas, **se entiende otorgado el consentimiento** para que el órgano administrativo competente consulte y/o ceda de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación para todos los miembros de la unidad de convivencia y perceptor, en su caso, necesarios para la resolución de esta solicitud.

En caso contrario, en el que **NO otorgue el consentimiento para la consulta**, marque las siguientes casilla:

- No autorizo al órgano administrativo para que se consulten los datos.**

MUY IMPORTANTE: EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema; la cesión de los datos autorizados se ajustará a las normas de seguridad establecidas para tal fin. 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.



[Empty rectangular box for content]

En.....a de de 20

Fdo.:

DIRECTOR/A GENERAL DE PENSIONES, VALORACIONES Y PROGRAMAS DE INCLUSION.



INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Presente con la solicitud todos los documentos que se indican, con ello evitará retrasos innecesarios.

Si no presenta todos los documentos exigidos, se solicitará que los subsane en el plazo de 10 días. Transcurrido este plazo sin haberlos presentado, se considerará que desiste de su petición y se archivará el expediente.

Se le recomienda consultar en su Centro de Servicios Sociales si vive en su domicilio o a los responsables del centro si vive en una residencia.

También puede informarse:

- Teléfono único de información de la C.A.R.M. : 968 362000 o 012.

Página web: <http://www.carm.es>

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885\\$m&IDTIPO=100](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885$m&IDTIPO=100)

INSTRUCCIONES PARA LA REPRESENTACIÓN DEL SOLICITANTE

Si el solicitante es menor de edad o persona incapacitada judicialmente deberá firmar la solicitud quien ostente la patria potestad o sea tutor legal, en cuyo caso habrá que aportar copia del libro de familia o documento acreditativo de la patria potestad o copia de la sentencia acreditativa de la tutela para el caso de las personas incapacitadas.

El solicitante siempre podrá otorgar representación voluntaria para todos los actos de Dependencia a quien considere oportuno haciéndolo constar ante notario o mediante comparecencia del solicitante con su DNI en cualquier ventanilla única de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Si el solicitante tiene limitada su capacidad física, conservando su capacidad intelectual podrá firmar todas las solicitudes y escritos de la Dependencia con su huella dactilar debidamente diligenciada por funcionario público que actúe en el ejercicio de sus funciones y quien dará fe de ser la del solicitante.

Si el solicitante tiene disminuida gravemente su capacidad intelectual o cognitiva y no se ha procedido a su incapacitación judicial, podrá actuar con carácter provisional y excepcional, mediante Guardador de Hecho para lo cual el que actúe como tal deberá firmar la solicitud indicando su nombre apellidos y número de D.N.I., debiendo comunicar en el Juzgado esta circunstancia a la mayor brevedad.

En estos casos si en el expediente no constan los informes que pongan de manifiesto la existencia de ésta pérdida de la capacidad para obrar del solicitante, se deberá de acompañar un informe médico en el que conste la enfermedad o circunstancia que impida, limite o anule la capacidad del mismo.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR CON LA SOLICITUD DE REVISIÓN.

Copia del Informe sobre las condiciones de salud que acredite el agravamiento,, emitido en el modelo normalizado incluido en el Sistema Informático de Gestión Médica de Atención Primaria (OMI-AP) por un profesional del sistema público de salud, disponible en los Centros de Salud de Atención Primaria.

En caso de padecer una enfermedad rara deberá estar incluida dentro del diagnóstico del informe de Salud aportado.

Para el caso de mutualistas del Estado (MUFACE; ISFAS; MUJEU...) deberán aportar el informe de salud conforme al modelo adjunto siempre que su régimen sea distinto al de la Seguridad Social.