



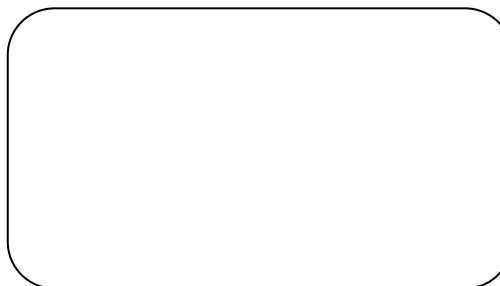
Consejería de Bienestar Social
Dirección General de Atención
a la Dependencia

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="text"/>	NIE	<input type="text"/>	Número de documento:	<input type="text"/>	Fecha Nacimiento	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Sexo: H	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>	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="text"/>	NIE	<input type="text"/>	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 registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Atención a la Dependencia, de la Consejería de Bienestar Social, con la finalidad de tramitar el expediente. Las cesiones que se producen son las autorizadas en la legislación aplicable. Pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, en Avenida de Francia, 4, 45071 Toledo o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es.

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 Bienestar Social
Dirección General de Atención
a la Dependencia

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.

En a de de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE