

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:** _____AGREUJAMENT / AGRAVAMIENTO MILLORA / MEJORÍA ERROR DE DIAGNÒSTIC O APLICACIÓ DEL BVD
ERROR DE DIAGNÓSTICO O APLICACIÓN DEL BVD **A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA****1. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

Centre de salut de referència:

Centro de salud de referencia: _____

Centre Municipal de Serveis Socials de referència:

Centro Municipal de Servicios Sociales de referencia: _____

Viu en centre residencial?
Vive en centro residencial? Sí
 NoNom centre:
Nombre centro:Localitat:
Localidad:

Té reconegut grau de discapacitat?

¿Tiene reconocido grado de discapacidad?

 Sí No

Tipus:

Tipo:

 Física
 Física Psíquica
 Psíquica Sensorial Mental

En cas afirmatiu: Província:

En caso afirmativo: Provincia:

Any:

Año: _____

Té reconeguda una pensió d'incapacitat en grau de gran invalidesa per la Seguretat Social?

¿Tiene reconocida una pensión de incapacidad en grado de gran invalidez por la Seguridad Social?

 Sí No**2. DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES****(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior / Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:** _____AGREUJAMENT / AGRAVAMIENTO MILLORA / MEJORÍA ERROR DE DIAGNÒSTIC O APLICACIÓ DEL BVD
ERROR DE DIAGNÓSTICO O APLICACIÓN DEL BVD **A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA****1. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

Centre de salut de referència:

Centro de salud de referencia: _____

Centre Municipal de Serveis Socials de referència:

Centro Municipal de Servicios Sociales de referencia: _____

Viu en centre residencial?
Vive en centro residencial? Sí
 NoNom centre:
Nombre centro:Localitat:
Localidad:

Té reconegut grau de discapacitat?

¿Tiene reconocido grado de discapacidad?

 Sí No

Tipus:

Tipo:

 Física
 Psíquica Psíquica
 Sensorial Sensorial Mental

En cas afirmatiu: Província:

En caso afirmativo: Provincia:

Any:

Año: _____

Té reconeguda una pensió d'incapacitat en grau de gran invalidesa per la Seguretat Social?

¿Tiene reconocida una pensión de incapacidad en grado de gran invalidez por la Seguridad Social?

 Sí No**2. DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES****(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior / Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**C DECLARACIÓ RESPONSABLE I AUTORITZACIÓ
DECLARACIÓN RESPONSABLE I AUTORIZACIÓN**

La persona sol·licitant o el/la seu/a representant DECLARA, sota la seua responsabilitat:

- Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud.
- Que queda assabentada de l'obligació de comunicar a la Secretaria Autònoma de Serveis Socials i Autonomia Personal qualsevol variació que puga produir-se d'ara en avant.

La persona solicitante o su representante DECLARA, bajo su responsabilidad:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
- Que queda enterado/a de la obligación de comunicar a la Secretaría Autònoma de Servicios Sociales y Autonomia Personal cualquier variación que pueda producirse en lo sucesivo.

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'estableixen mesures de simplificació i reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376 de 14.10.2010), AUTORITZA mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, perquè l'Administració obtinga directament l'acreditació del compliment de les obligacions tributàries i amb la Seguretat Social, la comprovació directa de les dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència i sanitàries, com també les consultes i accés a les dades que es troben en poder dels fitxers de les administracions públiques.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376 de 14.10.2010), AUTORIZA, mediante la firma de esta solicitud, para que la Administración obtenga directamente la acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, la comprobación directa de los datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia y sanitarios, así como las consultas y acceso a los datos obrantes en los ficheros de las Administraciones Públicas.

NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

NO AUTORIZA el acceso a datos. En este caso la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

_____, _____ d _____
La persona sol·licitant
La persona solicitante

_____, _____ d _____
La persona representant legal
La persona representante legal

_____, _____ d _____
La persona guardadora de fet
La persona guardadora de hecho

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA" creat per a gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009, de protecció de dades de caràcter personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual la persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de protección de datos de carácter personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

**C DECLARACIÓ RESPONSABLE I AUTORITZACIÓ
DECLARACIÓN RESPONSABLE I AUTORIZACIÓN**

La persona sol·licitant o el/la seu/a representant DECLARA, sota la seua responsabilitat:

- Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud.
- Que queda assabentada de l'obligació de comunicar a la Secretaria Autònoma de Serveis Socials i Autonomia Personal qualsevol variació que puga produir-se d'ara en avant.

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'estableixen mesures de simplificació i reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376 de 14.10.2010), AUTORIZA mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, perquè l'Administració obtinga directament l'acreditació del compliment de les obligacions tributàries i amb la Seguretat Social, la comprovació directa de les dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència i sanitàries, com també les consultes i accés a les dades que es troben en poder dels fitxers de les administracions públiques.

NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

La persona solicitante o su representante DECLARA, bajo su responsabilidad:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
- Que queda enterado/a de la obligación de comunicar a la Secretaría Autònoma de Servicios Sociales y Autonomía Personal cualquier variación que pueda producirse en lo sucesivo.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376 de 14.10.2010), AUTORIZA, mediante la firma de esta solicitud, para que la Administración obtenga directamente la acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, la comprobación directa de los datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia y sanitarios, así como las consultas y acceso a los datos obrantes en los ficheros de las Administraciones Públicas.

NO AUTORIZA el acceso a datos. En este caso la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

_____, _____ d _____
La persona sol·licitant
La persona solicitante

_____, _____ d _____
La persona representant legal
La persona representante legal

_____, _____ d _____
La persona guardadora de fet
La persona guardadora de hecho

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA" creat per a gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009, de protecció de dades de caràcter personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual la persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de protección de datos de carácter personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

**D INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD****INSTRUCCIONS:**

Únicament podrà tramitar-se una sol·licitud de revisió de grau quan la persona sol·licitant tinga, amb caràcter previ a la sol·licitud de revisió, una resolució de grau.

ABANS D'ESCRUIRE, LLIJA DETINGUDAMENT ELS APARTATS DE LA SOL·LICITUD. ESCRIGA AMB CLAREDAT I AMB LLETRES MAJÚSCULES

A. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

1. Dades personals. Si vosté té doble nacionalitat, indique les dos en l'apartat corresponent.
2. Dades a l'efecte de notificacions. En este apartat es consignaran les dades on vosté vol rebre les notificacions i els possibles requeriments.

B. REPRESENTANT LEGAL

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de dependència tinga representant legal, serà aquesta persona qui haurà de signar la sol·licitud.

En el cas que la present sol·licitud siga signada únicament per la persona guardadora de fet, haurà d'aportar a més:

- Declaració de la persona guardadora de fet, en model normalitzat.
- Autorització d'accés a dades subscrita per la persona sol·licitant, en model normalitzat, en la qual autoritza a l'administració pública a obtenir les seues dades d'identitat, residència, econòmiques o sanitàries. En cas de no autoritzar aquest accés, haurà d'aportar la documentació acreditativa de les mateixes:
- Fotocòpia del DNI/NIE
- Certificat o volant d'empadronament
- Certificat de pensions emés per l'INSS
- Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.

DOCUMENTACIÓ A APORTAR:

- Informe/s que justifiquen la variació en l'estat de salut o en l'entorn, i que motiven la sol·licitud de revisió.

INSTRUCCIONES:

Únicamente podrá tramitarse una solicitud de revisión de grado cuando la persona solicitante tenga con carácter previo a la solicitud de revisión una resolución de grado.

ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD. ESCRIBA CON CLARIDAD Y LETRAS MAYÚSCULAS

A. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1. Datos personales. Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.
2. Datos a efectos de notificación. En este apartado se consignarán los datos donde usted quiere recibir las notificaciones y posibles requerimientos.

B. REPRESENTANTE LEGAL

Cuando la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia tenga representante legal, será esta persona quien deberá firmar la solicitud.

En el caso de que la presente solicitud sea firmada únicamente por la persona guardadora de hecho, deberá aportar además:

- Declaración de la persona guardadora de hecho, en modelo normalizado
- Autorización de acceso a datos suscrita por la persona solicitante, en modelo normalizado, en la que autoriza a la administración pública a obtener sus datos de identidad, residencia, económicos o sanitarios. En caso de no autorizar dicho acceso, deberá aportar la documentación acreditativa de los mismos:
- Fotocopia del DNI/NIE
- Certificado o volante de empadronamiento
- Certificado de pensiones emitido por el INSS
- Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

- Informe/s que justifiquen la variación en el estado de salud o en el entorno, y que motiven la solicitud de revisión.