GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE GRAU DE DEPENDÈNCIA

SOLICITUD DE REVISIÓN DE GRADO DE DEPENDENCIA

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*	DNI/NIE	NÚM SIP / *N.º SIP*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	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? ☐ Sí ☐ No
Vive en centro residencial?
Nom centre: *Nombre centro:* _____
Localitat: *Localidad:* _____

Té reconegut grau de discapacitat? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene reconocido grado de discapacidad?
Tipus: *Tipo:* ☐ Física ☐ Psíquica ☐ Sensorial ☐ Mental

Té reconeguda una pensió d'incapacitat en grau de gran incapacitat per la Seguretat Social? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene reconocida una pensión de incapacidad en grado de gran incapacidad por la Seguridad Social?

En cas de ser menor de 23 anys i estar escolaritzat/ada, indiqueu: Centre escolar: _____ Població: _____
En caso de ser menor de 23 años y estar escolarizado/a, indicar: Centro escolar: *Población:*

2. DADES A L'EFECTE DE NOTIFICACIONS / *DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES*

(Cal omplir-ho únicament si són distintes de les dades de residència omplides 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*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT / *DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO*

Compta amb una persona representant o persona de suport? ☐ Sí ☐ No
¿Cuenta con una persona representante o persona de apoyo?

(En cas afirmatiu, haurà d'omplir el document "Identificació de persones representants o de suport en el procediment de dependència", només si no l'ha aportat amb anterioritat).
(En caso afirmativo, deberá cumplimentar el documento "Identificación de personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia, solo si no lo ha aportado anteriormente).

C CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ / *CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN*

AUTORITZACIÓ / *AUTORIZACIÓN*

L'òrgan que gestiona este procediment ha d'estar autoritzat per vosté per a consultar les dades que consten en l'Agència Estatal d'Administració Tributària.
El órgano que gestiona este procedimiento ha de estar autorizado por usted para consultar los datos que constan en la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

Si autoritza esta consulta, indique-ho a continuació :
Si autoriza esta consulta, indíquelo a continuación:

☐ Autoritze la consulta de les dades que consten en l'Agència Estatal d'Administració Tributària.
Autorizo la consulta de los datos que constan en la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

AVÍS: Si no autoritza esta consulta, haurà d'aportar la documentació acreditativa corresponent.
AVISO: Si no autoriza esta consulta, deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente.

OPOSICIÓ / *OPOSICIÓN*

L'òrgan que gestiona este procediment està autoritzat per a procedir a la consulta de les dades que s'indiquen a continuació, podent vosté oposar-se a esta consulta:
El órgano que gestiona este procedimiento está autorizado para proceder a la consulta de los datos que se indican a continuación, pudiendo usted oponerse a esta consulta:

☐ M'opose a la consulta de les dades de residència.
Me opongo a la consulta de los datos residencia.

CONSELLERIA DE SERVICIS SOCIALS, FAMÍLIA I INFÀNCIA
CONSELLERIA DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIA E INFANCIA

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE GRAU DE DEPENDÈNCIA

SOLICITUD DE REVISIÓN DE GRADO DE DEPENDENCIA

C CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ / *CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN*

☐ M'opose a la consulta del reconeixement de pensions de la Seguretat Social.
Me opongo a la consulta del reconocimiento de pensiones de la Seguridad Social.

☐ M'opose a la consulta de la meua història clínica.
Me opongo a la consulta de mi historia clínica.

☐ M'opose a la consulta d'ajudes estatals per alumnes amb necessitats de suport educatiu.
Me opongo a la consulta de ayudas estatales para alumnos con necesidades de apoyo educativo.

☐ M'opose a la consulta de d'informes psicopedagògics emesos per la conselleria competent en matèria d'educació.
Me opongo a la consulta de informes psicopedagógicos emitidos por la conselleria competente en materia de educación.

☐ M'opose a la consulta de d'informes dels serveis d'atenció primerenca obrants en la conselleria competent en esta matèria.
Me opongo a la consulta de informes de los servicios de atención temprana obrantes en la conselleria competente en esta materia.

☐ M'opose a la consulta de d'informes emesos pels centres de valoració i orientació de discapacitat en la Comunitat Valenciana.
Me opongo a la consulta de informes emitidos por los centros de valoración y orientación de discapacidad en la Comunitat Valenciana.

Motiu oposició:
Motivo oposición:

AVÍS: En cas de no poder obtindre la informació a través de consulta telemàtica, se li requerirà perquè presenten els documents necessaris per a la seua comprovació. Tot això, sense perjuí de sol·licitar qualsevol altra informació complementària durant el procés
AVISO: En caso de no poder obtener la información a través de la consulta telemática, se le requerirá para que presente los documentos necesarios para su comprobación. Todo ello, sin perjuicio de solicitar cualquier otra información complementaria durante el proceso

És recomanable, per a la comprovació de la identitat, aportar fotocòpia del DNI/NIE de la persona sol·licitant y de la persona o persones representants o de suport, si és el cas, a l'efecte d'evitar requeriments en cas de no poder obtindre esta informació a través de la consulta telemàtica.
Es recomendable, para la comprobación de la identidad, aportar fotocopia del DNI/NIE de la persona solicitante y de la persona o personas representantes o de apoyo, en su caso, a efectos de evitar requerimientos en caso de no poder obtener esta información a través de la consulta telemática.

COMUNICACIÓ / *COMUNICACIÓN*

Se vos informa que, d'acord amb el que s'establix en la Disposició addicional octava de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar les dades indicades en la present sol·licitud.
Abans de firmar la sol·licitud, ha de llegir la informació sobre protecció de dades que es presenta al final del formulari, atés que comporta el tractament de dades de caràcter personal.

Se le informa que, de acuerdo con lo establecido en la Disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar los datos indicados en la presente solicitud.
Antes de firmar la solicitud, ha de leer la información sobre protección de datos que se presenta al final del formulario, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

_____ , _____ d _____ del _____

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La/les persona/es representant/s o persona/es de suport
La/s persona/s representante/s o persona/s de apoyo

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

D DOCUMENTACIÓ QUE S'HA D'APORTAR JUNTAMENT AMB AQUESTA SOL·LICITUD / *DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD*

- Informe/s que justifiquen la variació en l'estat de salut o en l'entorn, i que motiven la sol·licitud de revisió.
  Informe/s que justifiquen la variación en el estado de salud o en el entorno, y que motiven la solicitud de revisión.

E INSTRUCCIONS PER A OMPLIR AQUESTA SOL·LICITUD / *INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD*

Únicament podreu 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.

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

1. Dades personals.
2. Dades a l'efecte de notificacions. En aquest apartat es consignaran les dades en qué voleu rebre les notificacions i els possibles requeriments.

B. DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de dependència tinga representant o persona de suport, haurà d'indicar-ho en aquest apartat. S'haurà d'omplir el document "Identificació de les persones representants o de suport en el procediment de dependència", i caldrà acreditar aquesta condició mitjançant la presentació de la documentació adient, només si no ho ha aportat amb anterioritat.

Tant la documentació a presentar com les persones habilitades per a la signatura en el procediment de dependència, es troben descrites en el document "Identificació de les persones representants o de suport en el procediment de dependència".

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

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

1. *Datos personales.*
2. *Datos a efectos de notificación. En este apartado se consignarán los datos donde usted quiere recibir las notificaciones y posibles requerimientos.*

CONSELLERIA DE SERVICIS SOCIALS, FAMÍLIA I INFÀNCIA
CONSELLERIA DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIA E INFANCIA

E INSTRUCCIONS PER A OMPLIR AQUESTA SOL·LICITUD / *INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD*

B. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO

Cuando la persona solicitante del reconocimiento de dependencia tenga representante o persona de apoyo, deberá indicarlo en este apartado. Deberá cumplimentar el documento "Identificación de las personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia", y acreditar esta condición mediante la presentación de la documentación pertinente, solo si no lo ha aportado con anterioridad. Tanto la documentación a presentar como las personas habilitadas para la firma en el procedimiento de dependencia, se encuentran descritas en el documento "Identificación de las personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia".

F INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / *INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*

De conformitat amb el Reglament General de Protecció de Dades, les dades de caràcter personal que ens proporcione seran tractats per la Generalitat per a tramitar la seua sol·licitud a l'empara de la legislació vigent. Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, supressió, portabilitat i limitació del tractament davant la conselleria que gestione la seua sol·licitud, així com reclamar, si és el cas, davant l'autoritat de control en matèria de protecció de dades, especialment quan no haja obtingut satisfacció en l'exercici dels seus drets.
Visite el següent enllaç per a més informació: https://breu.gva.es/b/protdades

De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos, los datos de carácter personal que nos proporcione serán tratados por la Generalitat para tramitar su solicitud al amparo de la legislación vigente. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento ante la conselleria que gestione su solicitud, así como reclamar, en su caso, ante la autoridad de control en materia de protección de datos, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos.
Visite el siguiente enlace para más información: https://breu.gva.es/b/protdatos