



## SISTEMA PARA LA AUTONOMIA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA



### SOLICITUD DE REVISIÓN EN EL MARCO DEL SAAD

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

#### Datos Personales

SOLICITANTE				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI/ NIE / Pasaporte (Nº de Identificación)	
Domicilio		Municipio	Provincia	Teléfono

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI/ NIE / Pasaporte (Nº de Identificación)	
Domicilio		Municipio	Provincia	Teléfono
Relación con el interesado		<input type="checkbox"/> Representante Legal	<input type="checkbox"/> Guardador de hecho	

**EXPONE** (marque con una x la resolución que solicita sea revisada. Puede solicitar la revisión de una de ellas o las dos indistintamente)

- Que habiéndome reconocido Grado ....., Nivel ....., en la fecha .....
- Que habiéndome reconocido un Programa Individual de Atención (PIA) de fecha ....., en el cual se me reconoce (Señale el servicio o prestación reconocido)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Servicio de Prevención y Promoción de la Autonomía Personal. |
| <input type="checkbox"/> | Servicio de Teleasistencia.                                  |
| <input type="checkbox"/> | Servicio de Ayuda a Domicilio                                |
| <input type="checkbox"/> | Servicio de Centro de Día / Centro de Noche.                 |
| <input type="checkbox"/> | Servicio de Atención Residencial.                            |
| <input type="checkbox"/> | Prestación Económica para cuidados en el entorno familiar.   |
| <input type="checkbox"/> | Prestación Económica de Asistencia Personal.                 |
| <input type="checkbox"/> | Prestación Económica Vinculada al Servicio.                  |
| <input type="checkbox"/> | Ayudas Técnicas.   |
| <input type="checkbox"/> | Eliminación de barreras arquitectónicas.                     |

- 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 adecúan a mi situación actual de dependencia.
- Otros: Especificar.

**ALEGACIONES:** (Manifieste los motivos por los que Ud considera necesario proceder a revisar su Expediente)

**SOLICITO** *(Puede marcar ambos conceptos, si así lo desea)*

- Sea revisado el Grado y Nivel de mi situación de Dependencia.**
- Sea revisado el Programa Individual de Atención (PIA) para la atención de mi situación de dependencia.**

Para lo cual aporto la siguiente documentación

- Informe de Salud médico de familia.
- Informe de Salud de médico especialista.
- Otros Informes: *(Especificar qué tipo)*
- Otros documentos: *(Especificar de qué tipo)*

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

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

*Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud*  
*Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos para acreditar los datos declarados.*  
*Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en los sucesivo*

En ....., a ....., de ....., de 20....

Fdo: .....

**ILMO/A SR/A DELEGADO/A PROVINCIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE.....**