



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.....