

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:**AGREUJAMENT / AGRAVAMIENTO MILLORA / MEJORA 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? Sí NoNom centre:
Nombre centro: _____Localitat:
Localidad: _____Té reconegut grau de discapacitat?
¿Tiene reconocido grado de discapacidad? Sí No Tipus: Física Psíquica Sensorial Mental
Tipo: Física Psíquica Sensorial MentalTé 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 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 rellenos 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?
¿Cuenta con una persona representante o persona de apoyo? Sí No(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**

Mitjançant la signatura del present document per part de la persona representant o persona de suport, si és el cas, s'autoritza perquè l'Administració realitze la consulta de la següent informació d'aquesta persona representant o de suport / Mediante la firma del presente documento por parte de la persona representante o persona de apoyo, en su caso, se autoriza para que la Administración realice la consulta de la siguiente información de esta persona representante o de apoyo:

Dades d'identitat de la persona representant o persona de suport / Datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo

Si desitja d'oposar-se, és imprescindible que indique els motius que ho justifiquen.
Si desea oponerse, es imprescindible que indique los motivos que lo justifiquen. M'oposo a l'obtenció de les dades d'identitat de la persona representant o persona de suport.
Me opongo a la obtención de los datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo.Motiu oposició:
Motivo oposición: _____Si s'oposa a la consulta de les dades indicades, queda obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents.
Si se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.Se us informa que d'acord amb el que s'estableix en la disposició addicional huitena 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.
Se le informa de 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 aquellos datos manifestados en la presente solicitud._____
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 apoyoSignatura:
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 OMLIR 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.

B. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO

Quando 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 CLAÚSULA D'INFORMACIÓ SEGONS RGPD (Reglament General de Protecció de Dades)
CLAÚSULA DE INFORMACIÓN SEGÚN RGPD (Reglamento General de Protección de Datos)**

Nom de l'activitat de tractament Nombre de la actividad de tratamiento	Sol·licitud de revisió del grau de dependència. <i>Solicitud de revisión del grado de dependencia.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència Primera i Conselleria de Servicis Socials, Igualtat i Vivenda. <i>Vicepresidencia Primera y Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda.</i>
Finalitat del tractament Finalidad del tratamiento	Gestió del procediment per al sol·licitar la revisió del grau de dependència. <i>Gestión del procedimiento para solicitar la revisión del grado de dependencia.</i>
Drets de les persones Derechos de las personas	La persona interessada té dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, a la rectificació o supressió d'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se a aquest per mitjà d'un escrit que s'ajuste a les instruccions que s'indiquen en la política de protecció de dades, enllaç: https://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970 <i>La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de estos, a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo por medio de un escrito que sea conforme a las instrucciones que se indican en la política de protección de datos enlace: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</i>
Més informació Más información	Disposau de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'activitats de tractament de la Conselleria, enllaç: https://inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-GESTI%C3%93N+DEL+SERVEI+INTEGRAL+D%27ATENCI%C3%93+A+PERSONES+EN+SITUACI%C3%93+DE+DEPEND%C3%88NCIA.pdf/6132cef9-d422-4580-b3b3-dc3524378f8d?t=1555426404432 <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de actividades de tratamiento de la Conselleria enlace: http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-GESTI%C3%93N+DEL+SERVEI+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e</i>