



Solicitud de revisión del grado de dependencia

1.- Datos de el/la solicitante:

NIF / NIE				Nombre					
Primer apellido				Segundo apellido					
Domicilio		Tipo de vía		Nombre de vía					
Número		Bloque		Escalera		Piso		Puerta	
CP		Localidad				Provincia			
Teléfono fijo				Teléfono móvil					
Correo electrónico									

2.- Datos del representante:

NIF / NIE				Nombre			
Apellido 1		Apellido 2		Teléfono Fijo			
Teléfono Móvil		Correo electrónico					
Relación con solicitante				Representante legal		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)										
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado										
Tipo de vía				Nombre de vía							
Número		Bloque		Escalera		Piso		Puerta		CP	
Localidad				Provincia				País			

4.- Información adicional requerida:

Nº expediente				Grado reconocido		<input type="radio"/> Grado I		<input type="radio"/> Grado II		<input type="radio"/> Grado III	
---------------	--	--	--	------------------	--	-------------------------------	--	--------------------------------	--	---------------------------------	--

5.- Documentación aportada:

Informe de salud donde se indiquen los diagnósticos que acreditan el agravamiento / mejoría del / de la solicitante, se certifique que su situación de salud es estable, y se especifique la ayuda que precisa para realizar las actividades básicas de la vida diaria.	<input type="checkbox"/>
Documento para la autorización de consulta de datos	<input type="checkbox"/>
Otra documentación	<input type="checkbox"/>

6.- Declaraciones responsables del solicitante / representante:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:	
- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.	
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.	



Comunidad de Madrid

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDM)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO