

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA) PARA CAMBIO DE PRESTACIÓN

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia



Nº EXPEDIENTE (A cumplimentar por la Administración)

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE									
Nombre		Apellido 1		Apellido 2		DNI/NIE/Pasaporte			
Fecha de nacimiento ___/___/___	Nacionalidad		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				
Nº Tarjeta Sanitaria de Andalucía		Nº Seguridad Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario/a			Si es mutualista, indique <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> ISFAS				
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico					
Vive usted solo/a <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de domicilio habitual <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Centro residencial <input type="checkbox"/> Otros							
Dirección del domicilio habitual									
Tipo vía	Nombre vía			Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia			Código Postal		País		
2. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD REPRESENTANTE									
Nombre		Apellido 1		Apellido 2		DNI/NIE/Pasaporte			
Fecha de nacimiento ___/___/___	Nacionalidad			Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer					
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico					
Nombre de la entidad							NIF/CIF		
Tipo de representación: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Representante voluntario con poder <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Tutela administrativa <input type="checkbox"/> Guardador/a de hecho <input type="checkbox"/> Defensor/a judicial									
Domicilio de la persona o entidad representante									
Tipo vía	Nombre vía			Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso	Puerta
Localidad				Provincia		Código Postal		País	



3. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA		
GRADO RECONOCIDO:	Fecha de Resolución - -	Provincia
PRESTACIÓN O PRESTACIONES RECONOCIDAS ACTUALMENTE:	Fecha de Resolución - -	Provincia

4. MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL CAMBIO DE PRESTACIÓN
Explique brevemente las circunstancias que, a su juicio, motivan la necesidad o conveniencia de revisar el PIA*:

(*) Circunstancias que impliquen un cambio en su situación social, familiar o del entorno que afecte a la prestación reconocida.

5. PRESTACIÓN O PRESTACIONES QUE SOLICITA
Indique la prestación o prestaciones que considera más adecuadas a sus necesidades de atención (máximo dos preferencias)**
1ª _____
2ª _____

(**) Teniendo en cuenta el catálogo de prestaciones por grado de dependencia en Andalucía y el régimen de compatibilidad entre las mismas, según la normativa vigente.

6. OPOSICIÓN A LA COMPROBACIÓN DE DATOS	
En virtud de lo dispuesto en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía va a consultar o recabar, por medios electrónicos, todos los datos que se relacionan a continuación, salvo que se manifieste expresamente la oposición a ello marcando la casilla correspondiente.	
Datos de identidad de la persona solicitante	<input type="checkbox"/>
Datos de identidad de la persona representante	<input type="checkbox"/>

7. DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA JUNTO CON LA SOLICITUD
Con carácter obligatorio: <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación (ver instrucciones al final del formulario)
En caso de no autorizar a la Administración para la consulta de datos correspondiente: <input type="checkbox"/> Copia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona solicitante <input type="checkbox"/> Copia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona representante
Con carácter opcional: Otros informes o documentos que acrediten la variación en las condiciones de salud o del entorno de la persona que afecten a su situación de dependencia:
1. _____
2. _____
3. _____



8. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Deseo recibir las notificaciones referidas al procedimiento en la dirección postal anteriormente indicada para:

La persona solicitante

La persona o entidad representante

En caso de otra dirección indicar:

Tipo vía	Nombre vía	Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia		Código Postal		País	

7. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos de lo siguiente:

- La entidad **responsable del tratamiento** de sus datos personales es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Los datos se recogen con la **finalidad** exclusiva de tramitar el procedimiento establecido para el reconocimiento de la situación de dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como para gestión y seguimiento, en su caso, de los servicios y prestaciones reconocidas.
- La base jurídica que **legitima** el tratamiento de sus datos personales es el cumplimiento de un deber legal aplicable al responsable de dicho tratamiento conforme a lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Los datos facilitados en el presente formulario podrán ser cedidos o comunicados exclusivamente para actuaciones relacionadas con la finalidad antes indicada, a los siguientes **destinatarios**: servicios sociales comunitarios, Servicio Andaluz de Salud, Inspección de Servicios Sociales, IMSERSO y entidades y organismos de otras comunidades Autónomas con competencias en materia de dependencia.
- Podrá ejercer sus **derechos** de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, ante la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, remitiendo escrito a calle Seda s/n, nave 5, 41006, de Sevilla o en la dirección de correo electrónico dpd.assda@juntadeandalucia.es

10. DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.
- Que conozco la obligación de comunicar al Servicio Territorial de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía correspondiente a la provincia de residencia, cualquier variación que pudiera producirse en los datos consignados en la presente solicitud. Particularmente, de la obligación de comunicar inmediatamente el ingreso en un centro hospitalario o asistencial que no suponga coste para la persona solicitante.
- Que asumo el compromiso de facilitar el acceso al lugar de residencia habitual para el desarrollo de las tareas de elaboración del programa individual de atención, así como para facilitar el seguimiento y control de las prestaciones por parte de la Administración competente.

En _____, a _____ de _____

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Fdo.: _____

ILMO/A. SR./A DELEGADO/A TERRITORIAL DE LA CONSEJERÍA COMPETENTE EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES EN _____,
COMO REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA DE ANDALUCÍA



DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA REPRESENTACIÓN

En función del tipo de representación, deberá aportarse:

Padre/madre de menor de edad o incapacitado/a: fotocopia del libro de familia o certificado registral, del auto de acogimiento o adopción o sentencia judicial de incapacitación, en su caso.

Tutor/a de menor de edad o incapacitado/a: fotocopia del auto de aceptación del cargo de tutor/a o sentencia judicial de incapacitación.

Guardador/a de hecho: declaración del guardador/a de hecho.

Representante voluntario con poder o mandato verbal: fotocopia del poder notarial, autorización para la representación voluntaria o declaración de mandato verbal

Tutela administrativa: fotocopia de la resolución por la que se asume la tutela.

Defensor/a judicial: fotocopia del auto de nombramiento del defensor/a judicial.