



**SOLICITUD DE REVISIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA  
Y DE LAS PRESTACIONES RECONOCIDAS  
SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

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



Nº Expte.:

**Objeto de la Revisión:**

- Revisión de la situación de Dependencia *(ver apartado 1)*
- Revisión del Programa Individual de Atención por cambio de las prestaciones reconocidas *(ver apartado 2)*
- Revisión del Programa Individual de Atención por cambio de la capacidad económica *(ver apartado 3)*

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

|                    |  |           |  |          |  |      |
|--------------------|--|-----------|--|----------|--|------|
| Nombre y Apellidos |  |           |  | DNI/NIE  |  |      |
| Domicilio          |  |           |  | Nº       |  | Piso |
| Población          |  | C. Postal |  | Teléfono |  |      |

**DATOS DE LA PERSONA QUE LE REPRESENTA** (Rellenar sólo si se actúa mediante representación)

|                    |  |           |  |          |  |      |
|--------------------|--|-----------|--|----------|--|------|
| Nombre y Apellidos |  |           |  | DNI/NIE  |  |      |
| Domicilio          |  |           |  | Nº       |  | Piso |
| Población          |  | C. Postal |  | Teléfono |  |      |

Persona autorizada    Guardador/a de hecho    Padre/Madre del menor    Representante Legal/Voluntario

**1. REVISIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Si solicita revisión del grado de dependencia reconocido debe aportar informe sobre las condiciones de salud conforme al modelo normalizado, donde se acredite debidamente el cambio de carácter permanente que pudiera incidir en la situación de dependencia.

Si han variado las condiciones de su entorno desde la anterior valoración, señale a continuación los cambios producidos:

.....

.....

.....

.....

**2. REVISIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN POR CAMBIO DE PRESTACIONES**

(Cambio del tipo de servicio o prestación, traslado de centro, variación de horas, etc...)

Si solicita revisión de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia reconocidas indique los cambios que considera necesarios y el motivo para los mismos:

.....

.....

.....

.....

### 3. REVISIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN POR CAMBIO DE LA CAPACIDAD ECONÓMICA

Si solicita revisión de la capacidad económica y, en consecuencia, de la participación en el coste del servicio que disfruta o del importe de la prestación económica que percibe, señale a continuación los cambios que han experimentado su capacidad económica o su unidad de convivencia:

.....  
.....  
.....  
.....

### DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR EN TODOS LOS CASOS

Como consecuencia de la revisión solicitada es posible que sea necesario actualizar su capacidad económica. Para ello, debe aportar certificados bancarios de saldo a 31 de diciembre y saldo medio del último trimestre e intereses abonados correspondientes al último ejercicio finalizado de todas las cartillas o cuentas bancarias de las que sean titulares la persona solicitante y su cónyuge o pareja de hecho. Además de cualquier otra documentación económica que considere de interés.

.... **AUTORIZO** al Instituto Cántabro de Servicios Sociales a consultar de forma telemática o a través de otros medios, datos de identidad, de residencia, así como datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos, y a recabar de los mismos la documentación precisa para la tramitación de esta solicitud (si no desea autorizar escriba "NO" en la línea de puntos en cuyo caso deberá aportar documentación adicional).

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

Antes de firmar, se recomienda que lea atentamente la información sobre protección de datos personales incluida en este mismo documento, en el recuadro "Información básica sobre Protección de Datos Personales".

Firma PERSONA SOLICITANTE

(o Representante legal-Voluntario/Padre/Madre del menor/Guardador de Hecho/Persona Autorizada)

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES   |   |
|---|---|
| En cumplimiento el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa: |   |
| Tratamiento   | SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CANTABRIA  |
| Responsable del tratamiento   | Dirección del Instituto Cántabro de Servicios Sociales, organismo con domicilio en General Dávila 87, 39006 Santander.  |
| Finalidad   | Gestión del reconocimiento del grado de dependencia y del acceso a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).   |
| Legitimación  | El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.  |
| Destinatarios   | Los datos personales facilitados en este formulario, en su caso y exclusivamente para trámites relacionados con la finalidad antes indicada, podrán comunicarse a los siguientes órganos encargados del tratamiento: IMSERSO, Dirección General de Informática, Servicios Sociales de Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud, Fundación Cántabra Salud y Bienestar Social, Entidades colaboradoras del ICASS, y los órganos de Control establecidos en la Ley. |
| Derechos  | Acceso, rectificación, supresión y resto de derechos que se explican en la información adicional.   |
| Información adicional   | Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente página web: <a href="http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=proteccion-de-datos">http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=proteccion-de-datos</a>  |