



Núm. de expediente

CAD

Solicitud de revisión de reconocimiento de grado de disminución

Datos de identificación de la persona beneficiaria

| | | |
|--|-----------------|------------------|
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| Tipo de identificación | | |
| <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE | | |
| Número identificador del documento - letra | | |
| Sexo | | |
| <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | | |
| Fecha de nacimiento | | |
| Población de nacimiento | | |

Dirección

| | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------|-----------------------|--------|
| Tipo de vía (plaza, calle, etc.) | | Nombre de la vía | | |
| Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Código postal | | Población | | |
| Teléfono fijo | | Teléfono móvil | Dirección electrónica | |

Dirección a efectos de notificación (sólo llenar en caso de ser diferente al anterior)

| | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------|------|--------|
| Tipo de vía (plaza, calle, etc.) | | Nombre de la vía | | |
| Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Código postal | | Población | | |

Datos de identificación de la persona representante

| | | |
|---|-----------------|------------------|
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| Tipo de identificación | | |
| <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE | | |
| Número identificador del documento - letra | | |
| Tipo de representación | | |
| <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Otros: | | |

Motivo para efectuar la revisión de grado de disminución

- Señale la casilla que corresponda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empeoramiento | <input type="checkbox"/> Reconocimiento de la necesidad de otra persona para el desarrollo de las actividades de la vida diaria |
| <input type="checkbox"/> Mejora | <input type="checkbox"/> Reconocimiento de la dificultad para utilizar transportes públicos colectivos |
| <input type="checkbox"/> Nuevas patologías | <input type="checkbox"/> Reconocimiento de la necesidad de acompañante para uso de transportes públicos |

Es imprescindible adjuntar a esta solicitud los informes médicos, psicológicos o sociales emitidos por profesionales autorizados (ACTUALES).

SOLICITO la revisión de grado de disminución que tengo reconocido actualmente, y manifiesto que estoy informado/a del contenido del apartado de comunicación que consta en esta solicitud.

Población

Fecha

Firma

Documentos que se tienen que adjuntar a la solicitud

- Informes médicos, psicológicos o sociales emitidos por profesionales autorizados (ACTUALES).

En caso de que la persona solicitante sea pensionista por incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez:

- Fotocopia de la resolución de l'INSS reconociendo la condición de pensionista por incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez, o bien resolución del Ministerio de Economía y Hacienda o bien del Ministerio de Defensa reconociendo la condición de pensionista por jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio, o inutilidad.
-

Comunicación del Departamento de Acción Social y Ciudadanía a la persona solicitante

1. En aplicación del artículo 5.2 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el Departamento de Acción Social y Ciudadanía informa de lo siguiente:

- Los datos de carácter personal que tiene que facilitar para la obtención del objeto de su solicitud, se incluyen en el fichero Sistema atención personas disminuidas. La finalidad de la recogida de los datos es la gestión de esta solicitud, y el destinatario de la información es el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.

- Tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos que suministra, dirigiéndose a la persona titular de la Dirección General del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, plaza de Pau Vila, 1, 08039 Barcelona.

2. De conformidad con la Ley 23/2002, de 18 de noviembre, de adecuación de los procedimientos administrativos en relación con el régimen de silencio administrativo (DOGC 3778), el término máximo de resolución y notificación del procedimiento es de 3 meses y el sentido del silencio administrativo es desestimatorio. La fecha de inicio de este plazo máximo cuenta a partir de la fecha de entrada de la presente solicitud en cualquiera de los registros del Departamento. Este plazo se puede suspender por la concurrencia de cualquiera de los supuestos previstos al artículo 42.5, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.
