



SOLICITUD DE REVISIÓN DE GRADO DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA

Datos de la persona solicitante

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

DNI/NIF/NIE/

Fecha de Nacimiento

Sexo

Nacionalidad

Estado Civil

H ☐ M ☐

DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si está ingresado/a en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo Vía

Vía

Número

KM.

Bloque

Portal

Esc.

Planta

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

Código Postal

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE. (Ver hoja de instrucciones para la representación del solicitante.)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

DNI/NIF/NIE/

Fecha de Nacimiento

Sexo

Nacionalidad

Teléfono

H ☐ M ☐

CSV Escritura de Representación

Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años ☐

Como representante voluntario ☐

Como representante de un incapacitado judicial ☐

Como Guardador de Hecho ☐

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S.

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo Vía

Vía

Número

KM.

Bloque

Portal

Esc.

Planta

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

Código Postal

TELEFONOS DE CONTACTO:

Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto, bien del propio solicitante o bien de familiares, vecinos u otras personas con las que poder gestionar la hora y día de citación en su entorno habitual.

Teléfono Fijo 1

Teléfono Fijo 2

Teléfono Fijo 3

Teléfono móvil 1

Teléfono móvil 2

Teléfono móvil 3



Notificaciones. Elija una de las dos opciones

1. NOTIFICACIONES POR CORREO POSTAL:

☐ Deseo ser notificado en papel a través del correo postal. (Recibirá un aviso de la Sede Electrónica a la que podrá acceder si reúne los requisitos para recibir las notificaciones electrónicas y, días más tarde, recibirá la carta certificada en el domicilio designado).

2. NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS. (Solo podrá acceder la persona dependiente o su representante debidamente acreditado).

☐ Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es/> * apartado consultas * notificaciones electrónicas
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Asimismo autorizo al IMAS, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:

☐ a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

☐ a través de un SMS en mi teléfono:

Discapacidad.

¿Tiene reconocido un grado de discapacidad?

☐ SÍ

☐ No

(En caso afirmativo indique el grado y el resultado del baremo de Ayuda de tercera persona obtenido según RD1971/1999)

Grado discapacidad %

Ayuda de Tercera Persona(ATP)

Año de Resolución

Provincia

(Deberá aportar documentación acreditativa cuando haya sido calificado en otra Comunidad Autónoma como minusválido/persona con discapacidad)

¿Tiene reconocida gran invalidez por el

Instituto Nacional de la Seguridad Social?

☐ SÍ

☐ No

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento de datos: Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)GEAS-
IMAS@listas.carm.es

Delegado de Protección de Datos: CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A-dpd.imas@carm.es

Finalidad del tratamiento de datos: Reconocimiento de la condición de asistente personal del Sistema de Atención a la Dependencia.

Legitimación: REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos Artículo 9.2 h).

Destinatarios de cesiones de datos: Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, previa autorización de la cesión por el interesado, así como a las entidades concertadas prestatarias del servicio.

Derechos de la persona interesada: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736.



Procedencia de los datos: Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de la plataforma de interoperabilidad de la CARM con otras Administraciones Públicas y del Servicio Murciano de Salud en el caso de datos de salud.

Información adicional: Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, residencia, defunción, matrimonio, nacimiento, discapacidad, pensiones no contributivas, vida laboral y desempleo. Copia simple de poderes notariales. Datos de salud y de servicios sociales.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m)

Declaración y Firma de la Solicitud.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR al órgano competente en materia de Dependencia y/o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mí domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, nivel de ingresos, etc. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

[] **Me OPONGO*** a la consulta de datos de identidad, residencia de última variación patronal, histórico de municipios de residencia, residencia de extranjeros, datos de residencia histórico y convivencia, convivencia a fecha actual, defunción, matrimonio, nacimiento, discapacidad, pensiones no contributivas, catastro, prestaciones sociales públicas, incapacidad temporal y maternidad, vida laboral y desempleo, demandante de empleo, copia simple de poderes notariales, datos de salud y de servicios sociales, datos sobre nivel y grado de dependencia y datos de discapacidad de las CCAA.

Asimismo, **autoriza la consulta de los datos tributarios**, excepto que expresamente no autorice la consulta.

[] **NO AUTORIZO*** la consulta de datos tributarios de nivel de renta e IRPF.

(*) En el caso de **NO AUTORIZACIÓN O DE OPOSICIÓN** a que el órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, **QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS** al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos.

Así mismo, **autorizo la cesión de datos de carácter personal** de forma electrónica o por otros medios, **a esta Administración Pública, o a otras Administraciones o Entes públicos, para el ejercicio de sus competencias.**

(*) En el caso de **OPOSICIÓN** a que el Órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, **QUEDO OBLIGADA/O A APORTARLOS** al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos.

En todo caso, **declaro que he leído y entiendo la INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS que se refleja en la página anterior.**

Firma Interesado/a

Ena,de..... 20.....

Fdo.:



INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Presente con la solicitud todos los documentos que se indican, con ello evitará retrasos innecesarios.

Si no presenta todos los documentos exigidos, se solicitará que los subsane en el plazo de 10 días. Transcurrido este plazo sin haberlos presentado, se considerará que desiste de su petición y se archivará el expediente.

Se le recomienda consultar en su Centro de Servicios Sociales si vive en su domicilio o a los responsables del centro si vive en una residencia.

También puede informarse:

- Teléfono único de información de la C.A.R.M.: **968 362000 o 012.**

Página web: [http:// www.carm.es](http://www.carm.es)

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885\\$m&IDTIPO=100](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885$m&IDTIPO=100)

INSTRUCCIONES PARA LA REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

Si la persona solicitante es menor de edad o persona incapacitada judicialmente deberá firmar la solicitud quien ostente la patria potestad o sea tutor legal, en cuyo caso habrá que aportar copia del libro de familia o documento acreditativo de la patria potestad o copia de la sentencia acreditativa de la tutela para el caso de las personas incapacitadas.

El/la solicitante siempre podrá otorgar representación voluntaria para todos los actos de Dependencia a quien considere oportuno haciéndolo constar ante notario o mediante comparecencia del solicitante con su DNI en cualquier ventanilla única de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Si la persona solicitante tiene limitada su capacidad física, conservando su capacidad intelectual podrá firmar todas las solicitudes y escritos de la Dependencia con su huella dactilar debidamente diligenciada por funcionario público que actúe en el ejercicio de sus funciones y quien dará fe de ser la del solicitante.

Si el/la solicitante tiene disminuida gravemente su capacidad intelectual o cognitiva y no se ha procedido a su incapacitación judicial, podrá actuar con carácter provisional y excepcional, mediante Guardador/a de Hecho para lo cual el que actúe como tal deberá firmar la solicitud indicando su nombre apellidos y número de D.N.I., debiendo comunicar en el Juzgado esta circunstancia a la mayor brevedad.

En estos casos, si en el expediente no constan los informes que pongan de manifiesto la existencia de la pérdida de la capacidad para obrar de/la solicitante, se deberá de acompañar un informe médico en el que conste la enfermedad o circunstancia que impida, limite o anule la capacidad del mismo.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR CON LA SOLICITUD DE REVISIÓN

Copia del Informe sobre las condiciones de salud que acredite el agravamiento,, emitido en el modelo normalizado incluido en el Sistema Informático de Gestión Médica de Atención Primaria (OMI-AP) por un profesional del sistema público de salud, disponible en los Centros de Salud de Atención Primaria.

En caso de padecer una enfermedad rara deberá estar incluida dentro del diagnóstico del informe de Salud aportado.

Para el caso de mutualistas del Estado (MUFACE; ISFAS; MUJEU...) deberán aportar el informe de salud conforme al modelo adjunto siempre que su régimen sea distinto al de la Seguridad Social.