



## Reclamació prèvia contra la resolució de reconeixement de la situació de dependència i del dret als serveis i prestacions vinculades

### Dades d'identificació de la persona dependent

Nom		Primer cognom		Segon cognom	
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document–lletra		Núm. d'expedient	
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona		Data de naixement		Lloc de naixement	
Tipus de via (plaça, carrer, etc.)		Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	
Codi postal		Població			
Telèfon fix		Telèfon mòbil		Adreça electrònica	

### Dades d'identificació de la persona representant legal o de l'entitat tutelar (si escau)

Nom		Primer cognom		Segon cognom	
Nom de l'entitat					
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> CIF		Número identificador del document - lletra			
Tipus de via (plaça, carrer, etc.)		Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	
Codi postal		Població			
Telèfon fix		Telèfon mòbil		Adreça electrònica	

### Adreça a l'efecte de notificació

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)		Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	
Codi postal		Població			

**FORMULO LA RECLAMACIÓ PRÈVIA** a la via de jurisdicció social, d'acord amb el que preveu l'article 71 del text refós de la Llei de procediment laboral, aprovat pel Reial decret legislatiu 2/1995, de 7 d'abril, **contra la resolució dictada en data** \_\_\_\_\_ que em va ser notificada el dia \_\_\_\_\_, en relació amb l'expedient instruït sobre el reconeixement (qualificació de grau i nivell) de la situació de dependència, en el qual sóc la persona interessada.

### Motiu de la reclamació

No haver rebut la notificació de la resolució dins del termini previst.

No estar-hi d'acord pels motius següents:

-  en relació a la valoració

-  en relació al Programa Individual d'Atenció (PIA)

-----

## DECLARACIÓ / AUTORITZACIÓ

---

**Declaro** que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.

**Autoritzo** el Departament de Benestar Social i Família a consultar les meves dades a altres administracions o organismes per comprovar si compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i pugui consultar-les durant la seva vigència.

Si **no voleu** donar aquesta autorització, senyaleu la casella següent:

**Autoritzo** el Departament de Benestar Social i Família a facilitar les dades aportades quan una altra administració o organisme les requereixi per fer els tràmits en què sóc part interessada.

Si **no voleu** donar aquesta autorització, senyaleu la casella següent:

---

Població

Data

---

Signatura de la persona dependent

Signatura de la persona representant legal

---

### Documentació que s'adjunta

---

- Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada del DNI/NIF o NIE de les persones menors de 18 anys. (1)
- Original de l'informe mèdic, d'acord amb allò que s'especifica a l'apartat d'informació.
- Original de l'informe social, d'acord amb allò que s'especifica a l'apartat d'informació.
- Documentació acreditativa de la representació legal per la qual s'actua.
- Altres:

-----

-----

-----

---

(1) En cas que autoritzeu el Departament de Benestar Social i Família a consultar les vostres dades a una altra administració o organisme, no caldrà que aporteu aquesta documentació.

### Comunicació del Departament de Benestar Social i Família a la persona sol·licitant

---

1. En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer de dades personals del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència per gestionar aquesta sol·licitud i fer-ne el seguiment.

La unitat responsable del fitxer és l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.

Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (plaça de Pau Vila, 1, 08039 Barcelona).

2. El termini màxim de resolució i notificació d'aquesta reclamació prèvia administrativa és de 45 dies, a comptar de l'endemà de la data de registre d'entrada d'aquesta reclamació. El sentit del silenci administratiu és desestimatori.

---

### Informació general

---

- Aquesta reclamació fa que es revisi allò que es va fer en el seu moment. No serveix per comunicar modificacions de situacions o empitjorament o noves malalties.
  - Aquesta reclamació ha de ser registrada en un termini màxim de 30 dies des de la notificació de la resolució que ara es reclama.
  - És imprescindible adjuntar proves suficients addicionals documentals que acreditin allò que s'al·lega i que es desconeixia en el moment de fer la valoració o que no s'han tingut en compte, relacionades amb l'edat, la malaltia, la discapacitat i la pèrdua o la falta d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial.
- 

**Institut Català d'Assistència i Serveis Socials**