



Núm. d'expedient

CAD

Sol·licitud de revisió de reconeixement del grau de la discapacitat

Dades d'identificació de la persona beneficiària

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Data de naixement	Població de naixement

Adreça

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 efectes de notificació (només emplenar en cas de ser diferent a l'anterior)

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

Dades d'identificació de la persona representant

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra
Tipus de representació <input type="checkbox"/> Pare <input type="checkbox"/> Mare <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representant legal <input type="checkbox"/> Altres:		

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 volem** 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 volem** donar aquesta autorització, senyaleu la casella següent:

Població _____ Data _____

Signatura _____

Motiu per efectuar la revisió del grau de la discapacitat

- Senyaleu la casella que correspongui:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empitjorament | <input type="checkbox"/> Reconeixement de la necessitat d'una altra persona pel desenvolupament de les activitats de la vida diària |
| <input type="checkbox"/> Millora | <input type="checkbox"/> Reconeixement de la dificultat per utilitzar transports públics col·lectius |
| <input type="checkbox"/> Noves patologies | <input type="checkbox"/> Reconeixement de la necessitat d'acompanyant per a ús de transports públics |

És imprescindible adjuntar a aquesta sol·licitud els informes mèdics, psicològics, psiquiàtrics o socials emesos per professionals autoritzats (ACTUALS).

Documents que cal adjuntar a la sol·licitud

- Informes mèdics, psicològics, psiquiàtrics o socials emesos per professionals autoritzats (ACTUALS).

En cas que la persona sol·licitant sigui pensionista per incapacitat permanent total, absoluta o gran invalidesa:

- Fotocòpia de la resolució de l'INSS reconeixent la condició de pensionista per incapacitat permanent total, absoluta o gran invalidesa, o bé resolució del Ministeri d'Economia i Hisenda o bé del Ministeri de Defensa reconeixent la condició de pensionista per jubilació o retir per incapacitat permanent per al servei, o inutilitat.
-

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 "Sistema atenció persones disminuïdes" per gestionar aquesta sol·licitud i fer-ne el seguiment, i se cediran al Departament d'Empresa i Ocupació amb finalitats estadístiques.

La responsable del fitxer és la Direcció General de 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. De conformitat amb la Llei 23/2002, de 18 de novembre, d'adequació dels procediments administratius en relació amb el règim de silenci administratiu (DOGC 3778), el termini màxim de resolució i notificació del procediment és de 3 mesos i el sentit del silenci administratiu és desestimatori. La data d'inici d'aquest termini màxim compta a partir de la data d'entrada de la present sol·licitud a qualsevol dels registres del Departament. Aquest termini es pot suspendre per la concurrència de qualsevol dels supòsits previstos a l'article 42.5, de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú.
