



Número d'expedient Any .....

## Sol·licitud de revisió de reconeixement de grau i nivell de dependència

### Dades d'identificació de la persona beneficiària

Número d'afiliació a la Seg. Social	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document – lletra		Número de la Targeta Sanitària (CIP)
Número d'expedient	Data de la darrera valoració	Data de la darrera resolució de grau	Data del darrer PIA

### Adreça (si viu en una residència ha de posar el nom i l'adreça)

<input type="checkbox"/> Viu en un centre residencial	Nom del centre			
<input type="checkbox"/> Viu en el domicili particular				
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 s'ha d'emplenar en cas que l'adreça sigui diferent de l'apartat 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 legal o de l'entitat titular (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		
Relació amb la persona interessada				
<input type="checkbox"/> Representant legal <input type="checkbox"/> Cuidador/a principal				

### Motiu de la revisió de grau i nivell

- Empitjorament de l'estat
- Per millora
- Per noves patologies
- Per aplicació errònia del barem

**Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències (PRODEP)**

---

**DECLARO:**

1. Que són certes totes les dades d'aquesta sol·licitud i els documents que s'adjunten, com també les facilitades als professionals que signen l'informe adjunt.
2. Que tinc l'obligació de comunicar al Departament d'Acció Social i Ciutadania qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.
3. Que em comprometo a aportar els documents que es requereixin relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud.
4. Que estic assabentat/ada que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes podrà ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meva sol·licitud o l'atorgament del/s servei/s o prestació/ons, sense perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.
5. Que autoritzo a facilitar les meves dades al Servei de Valoració de la Dependència que s'assigni per a la meva valoració, així com als professionals que hauran de proposar el Programa individualitzat d'atenció de la dependència (PIA).
6. Que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.

---

Població

Data

---

Signatura de la persona dependent

Signatura del/de la representant legal

---

Manifestació de la causa per la qual no es pot signar

---

---

**Comunicació del Departament d'Acció Social i Ciutadania a la persona sol·licitant**

---

1. En aplicació de l'article 5.2 de la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, el Departament d'Acció Social i Ciutadania informa del següent:
    - Fins que l'òrgan competent no acordi la creació del fitxer corresponent, les dades personals generades en el procediment es tractaran en el fitxer de dades "Expedients de prestacions individuals", en els termes establerts per l'Ordre BEF/419/2003, d'1 d'octubre. La finalitat de la recollida de les dades és la gestió d'aquesta sol·licitud i la destinatària de la informació és la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.
    - Existeix la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades que se subministren, adreçant-se a la persona titular de 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 sol·licitud és de 3 mesos, a comptar de la data de registre d'entrada d'aquesta sol·licitud.
- 

**Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències (PRODEP)**

## **Requisits i documentació per a la sol·licitud de nova valoració de grau i nivell de dependència**

---

### **Requisits**

Poden presentar la petició aquelles persones que, havent fet la sol·licitud de reconeixement de dependència, ja hagin estat valorades i hagin rebut la resolució de grau i nivell de dependència, i que, segons la **Llei 39/2006**, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència, vulguin exercir el seu dret a demanar la revisió de la valoració que se'ls va fer, tot justificant el canvi que ha sofert respecte a la situació anterior. El procediment de revaloració també pot ser iniciat pel professional de referència del PIA.

El requisit general per sol·licitar la nova valoració és què, des del moment de la valoració anterior, s'hagi produït un canvi en la situació de dependència amb una evolució de 6 mesos a la qual s'hagin aplicat les mesures terapèutiques i rehabilitadores, i que a criteri mèdic estigui en situació d'estabilització.

### **Documentació que cal adjuntar**

---

Informe mèdic, segons model adjunt a l'imprès de sol·licitud, en que consti els diagnòstics de salut o la situació nova que justifiquen la revaloració i que acrediti la seva característica d'afectació permanent.

---

**Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències (PRODEP)**

## Informe de salut per sol·licitar la revisió del reconeixement de grau i nivell de dependència

### Dades d'identificació de la persona en situació de dependència

Número d'afiliació a la Seg. Social	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document – lletra		Número de la Targeta Sanitària (CIP)
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil		
Data de naixement	Lloc de naixement	Nacionalitat	
Telèfon de contacte			

### Dades del/de la metge/essa que emet l'informe

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Núm. de col·legiat/ada	Unitat productiva	Centre

### Informe

Indiqueu el diagnòstic de les malalties, els trastorns o altres condicions de salut relacionades amb la situació de dependència

Diagnòstic	Codi <sup>(1)</sup>	Data

Amb les mesures terapèutiques adequades, indiqueu si la situació actual de dependència probablement es pot modificar en els propers sis mesos:

es mantindrà més o menys igual       millorarà       empitjorarà

Indiqueu les observacions que considereu rellevants en relació amb l'estat de salut de la persona pel que fa a les malalties principals, trastorns o altres condicions de salut, i de manera especial pel que fa a la història evolutiva, els tractaments rebuts i, si escau, els ajuts tècnics, ortesis i pròtesis prescrits en relació amb la dependència.

Signatura del/de la metge/essa que emet l'informe

Data d'emissió:

(1) Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM).

**Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències (PRODEP)**