



Solicitud de revisión del grado de dependencia

1.- Datos de el/la solicitante:

NIF / NIE					Nombre						
Primer apellido								Segundo apellido			
Domicilio		Tipo de vía				Nombre de vía					
Número				Bloque				Escalera			
								Piso			
										Puerta	
CP				Localidad					Provincia		
Teléfono fijo						Teléfono móvil					
Correo electrónico											

2.- Datos del representante:

NIF / NIE					Nombre						
Apellido 1					Apellido 2				Teléfono Fijo		
Teléfono Móvil					Correo electrónico						
Relación con solicitante						Representante legal		<input type="radio"/> Sí		<input type="radio"/> No	

3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)									
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado									
	Tipo de vía				Nombre vía				Nº	
	Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia

4.- Información adicional requerida:

Nº expediente				Grado reconocido		<input type="radio"/> Grado I		<input type="radio"/> Grado II		<input type="radio"/> Grado III	
Solicitud de Revisión				Por agravamiento				Por mejoría			

5.- Documentación aportada:

Informe de salud donde se indiquen los diagnósticos que acreditan el agravamiento / mejoría del / de la solicitante, se certifique que su situación de salud es estable, y se especifique la ayuda que precisa para realizar las actividades básicas de la vida diaria.										<input type="checkbox"/>
Documento para la autorización de consulta de datos										<input type="checkbox"/>
Otra documentación										<input type="checkbox"/>

6.- Declaraciones responsables del solicitante / representante:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.



Comunidad de Madrid

En....., a..... de..... de.....

FIRMA

DESTINATARIO	
---------------------	--