



Solicitud de revisión del Programa Individual de Atención (PIA)

1.- Datos del profesional:

| | | | |
|------------------------------|--|--------------------|--|
| Trabajador/a social | | | |
| Centro de servicios sociales | | Teléfono | |
| Municipio / Mancomunidad | | Fax | |
| Fecha | | Correo electrónico | |

2.- Datos del solicitante:

| | | | |
|---------------|--|---------------|--|
| NIF / NIE | | Nombre | |
| Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Nº expediente | | Grado y Nivel | |

3.- Datos de el/la 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 | |

4.- Medio de notificación:

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------|---------------|------|--------|------|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo 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 de vía | | | | | | | |
| | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CP | | | | |
| | Localidad | | Provincia | | | País | | | | |

5.- Modalidades de intervención de las que disfruta, incluyendo en todo caso las determinadas en el PIA:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



Comunidad de Madrid

6.- Variaciones que motivan la revisión del PIA:

| |
|--|
| |
|--|

7.- Propuesta de nuevos servicios:

| |
|--|
| |
|--|

8.- Documentación requerida

| | |
|--|--------------------------|
| Documento para la autorización y/o presentación de solicitud | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

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

| |
|--------------------------|
| FIRMA SOLICITANTE |
| |

| |
|--------------------------------|
| FIRMA TRABAJADOR/SOCIAL |
| |

| | |
|---------------------|--|
| DESTINATARIO | |
|---------------------|--|