

DECLARACIÓN SOBRE VARIACIÓN DE DATOS

Rellenar sólo los apartados donde se haya producido variación

TITULAR DEL EXPEDIENTE	NOMBRE Y APELLIDOS	N.º DE EXPEDIENTE
-------------------------------	--------------------	-------------------

1. CAMBIO DE DOMICILIO A EFECTOS DE VALORACIÓN

Lugar donde se realizará la valoración (Calle/Plaza)			N.º	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia*	Teléfono				

*Si la provincia es diferente a la de la solicitud se entenderá como solicitud de traslado de expediente a esa provincia o Comunidad Autónoma.

2. CAMBIO DE DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasap./otro				
			N.º				
Domicilio (Calle/Plaza)			Nº	Bloque	Esc	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono				

3. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Si le han reconocido necesidad de asistencia de tercera persona, indicar puntuación	Puntos ATP
¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

4. CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO

En este caso se rellenará el modelo de declaración de representante legal o guardador de hecho, debiendo aportar fotocopia del DNI del nuevo representante/guardador

En _____, a _____ de _____ de _____

FIRMADO: Nombre y Apellidos

DNI

En calidad de :

 Solicitante Representante Legal Guardador de Hecho Padre/Madre otros **PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información del SAAD (SISAAD)", cuya finalidad es la gestión de las prestaciones sociales asociadas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El órgano responsable del fichero es la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Avenida de la Ilustración s/n 28029 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DOCUMENTACIÓN APORTADA

CAMBIO DE DOMICILIO A EFECTOS DE VALORACIÓN SI HAY CAMBIO DE PROVINCIA	DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL
<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento histórico.	<input type="checkbox"/> Certificado de gran invalidez. <input type="checkbox"/> Dictamen Técnico Facultativo de Discapacidad	<input type="checkbox"/> Fotocopia de sentencia de incapacitación y nombramiento de representante legal.

**DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL
INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES DE**