

REVISIÓN DE GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA

DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA		
APELLIDOS Y NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	TELÉFONOS DE CONTACTO
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL

DATOS DEL/ DE LA REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR/A DE HECHO	
APELLIDOS Y NOMBRE	DNI

EXPONE:

Que con fecha recayó resolución de esa Delegación Provincial en el Expediente, en virtud de la cual se reconoce a Dª/D el Grado....Nivel.... de Dependencia. Y, ante la concurrencia de alguna de las causas previstas en los artículos 30.1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y 16 del Decreto 168/2007.

SOLICITA:

Que se proceda a la revisión del grado y nivel de dependencia de Dª/D, mediante la aplicación , en lo que sea procedente, de las normas establecidas para el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia.

En Granada, a de del 2011

FIRMA¹

DIRIGIDO: AL SERVICIO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

C/Marqués de la Ensenada, 1- 1ª
 18004- Granada
 958895046

¹ La solicitud de revisión de grado y nivel deberá ser firmada por la persona en situación de dependencia o , en su caso, por su representante legal o guardador/a de hecho.