
	<b>SOLICITUD DE REVISIÓN DE LA CUANTÍA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA RECONOCIDA</b> <b>SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA</b> <small>Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia</small>	
---	---	---

- ☐ PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR
- ☐ PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO

Nº Expte.:

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

Nombre y Apellidos				DNI/NIE				
Domicilio				Nº			Piso	
Población			C. Postal		Teléfono			

**DATOS DE LA PERSONA QUE LE REPRESENTA** (Rellenar sólo si se actúa mediante representación)

Nombre y Apellidos				DNI/NIE				
Domicilio				Nº			Piso	
Población			C. Postal		Teléfono			

- ☐ Representante Legal   ☐ Padre/Madre del menor   ☐ Guardador/a de hecho   ☐ Persona autorizada

**SOLICITO la revisión de la cuantía de la prestación económica que tengo reconocida**, y señalo los cambios que ha experimentado mi capacidad económica o la de mi unidad de convivencia (nuevas pensiones, etc.):

.....

.....

.....

(NOTA: Si su capacidad económica ha cambiado aporte la documentación económica que considere de interés)

(Rellenar sólo para PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR)

**Indique el nombre de su persona cuidadora:** .....

.... **AUTORIZO** al ICASS a consultar datos de identidad, de residencia, así como datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro y otros organismos públicos (si no autoriza escriba "NO" en la línea de puntos en cuyo caso deberá aportar documentación adicional).

En ....., a ..... de ..... de 20 .....

Antes de firmar, se recomienda que lea atentamente la información sobre protección de datos personales incluida en este mismo documento, en el recuadro "Información básica sobre Protección de Datos Personales".

Firma de la PERSONA SOLICITANTE

(o Representante legal/ Padre/Madre del menor/Guardador de Hecho/Persona Autorizada)

**DIRECCIÓN DEL INSTITUTO CÁNTABRO DE SERVICIOS SOCIALES**

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

En cumplimiento el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa:

Tratamiento	SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CANTABRIA
Responsable del tratamiento	Directora del Instituto Cántabro de Servicios Sociales, organismo con domicilio en General Dávila 87, 39006 Santander.
Finalidad	Gestión del reconocimiento del grado de dependencia y del acceso a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
Legitimación	El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
Destinatarios	Los datos personales facilitados en este formulario, en su caso y exclusivamente para trámites relacionados con la finalidad antes indicada, podrán comunicarse a los siguientes órganos encargados del tratamiento: IMSERSO, Dirección General de Organización y Tecnología, Servicios Sociales de Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud, Fundación Cántabra Salud y Bienestar Social, Entidades colaboradoras del ICASS, y los órganos de Control establecidos en la Ley.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y resto de derechos que se explican en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente página web: <a href="http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=proteccion-de-datos">http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=proteccion-de-datos</a>