

**COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS PERSONALES, FAMILIARES O DEL ENTORNO**

Artículo 4 de la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establece la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.



Nº EXPEDIENTE (A cumplimentar por la Administración)

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE									
Nombre		Apellido 1		Apellido 2		DNI/NIE/Pasaporte			
Fecha de nacimiento _/_/____	Nacionalidad		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				
Nº Tarjeta Sanitaria de Andalucía		Nº Seguridad Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario/a			Si es mutualista, indique <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> ISFAS				
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico					
Vive usted solo/a <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de domicilio habitual <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Centro residencial <input type="checkbox"/> Otros							
Dirección del domicilio habitual									
Tipo vía	Nombre vía			Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia			Código Postal		País		
2. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD REPRESENTANTE									
Nombre		Apellido 1		Apellido 2		DNI/NIE/Pasaporte			
Fecha de nacimiento _/_/____	Nacionalidad			Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer					
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico					
Nombre de la entidad							NIF/CIF		
Tipo de representación: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Representación voluntaria <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Tutela administrativa <input type="checkbox"/> Guardador/a de hecho <input type="checkbox"/> Defensor/a judicial									
Domicilio de la persona o entidad representante									
Tipo vía	Nombre vía			Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia			Código Postal		País		



### 3. CIRCUNSTANCIA QUE DESEA COMUNICAR

Señale con una X la opción que proceda:

**CAMBIO DE DOMICILIO:**                       Permanente                       Temporal (Indicar período de \_\_\_\_\_ meses)  
(sólo en caso de marcar la casilla permanente, se considerará como nuevo domicilio el señalado en el apartado 1 de la presente solicitud)

- A OTRA PROVINCIA DE ANDALUCÍA
- EN LA MISMA PROVINCIA PERO DISTINTO MUNICIPIO
- EN EL MISMO MUNICIPIO
- TRASLADO DE RESIDENCIA AL TERRITORIO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA, y en su caso petición del traslado de expediente.
- TRASLADO DE RESIDENCIA AL TERRITORIO DE OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Comunidad Autónoma de destino: \_\_\_\_\_

Fecha del traslado: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Datos del nuevo domicilio:

Tipo vía	Nombre vía	Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso
Localidad		Provincia		Código Postal		País

**INGRESO EN CENTRO HOSPITALARIO O ASISTENCIAL**                       Permanente                       Temporal

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección del centro:

Tipo vía	Nombre vía	Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso
Localidad		Provincia		Código Postal		País

**CAMBIO DE PERSONA CUIDADORA** (en caso de tener reconocida la prestación económica para cuidados en el entorno familiar)  
Indique, brevemente, el motivo del cambio:

**CAMBIO DE ASISTENTE PERSONAL** (en caso de tener reconocida la prestación económica de asistencia personal)  
Indique, brevemente, el motivo del cambio:

**MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD ECONÓMICA**

**FALLECIMIENTO DE LA PERSONA BENEFICIARIA**

Indique la fecha de la defunción: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**CAMBIO DEL DOMICILIO CONSIGNADO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES** (indicar en el apartado 7 la dirección a la que desea que se remitan las notificaciones referidas al procedimiento de dependencia)



#### 4. OPOSICIÓN A LA COMPROBACIÓN DE DATOS

En virtud de lo dispuesto en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía va a consultar o recabar, por medios electrónicos, todos los datos que se relacionan a continuación, salvo que se manifieste expresamente la oposición a ello marcando la casilla correspondiente.

En caso de oposición, se deberán aportar los documentos que se indican en el apartado 6 siguiente.

Datos de identidad de la persona solicitante	<input type="checkbox"/>
Datos de identidad de la persona representante	<input type="checkbox"/>

#### 5. DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA JUNTO CON LA SOLICITUD

**Con carácter obligatorio:**

Documentación acreditativa de la representación (ver instrucciones al final del formulario)

En caso de no autorizar a la Administración para la consulta de datos correspondiente:

- Copia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona solicitante
- Copia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona representante

**Con carácter opcional:**

Informes o documentación que acredite el cambio de circunstancias que se comunica:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

#### 6. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Deseo recibir las notificaciones referidas al procedimiento en la dirección postal anteriormente indicada para:

- La persona solicitante
- La persona o entidad representante

En todo caso indicar dirección:

Tipo vía	Nombre vía	Km. Vía	Número	Letra	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia		Código Postal		País	

#### 7. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos de lo siguiente:

- La entidad **responsable del tratamiento** de sus datos personales es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Los datos se recogen con la **finalidad** exclusiva de tramitar el procedimiento establecido para el reconocimiento de la situación de dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como para gestión y seguimiento, en su caso, de los servicios y prestaciones reconocidas.
- La base jurídica que **legitima** el tratamiento de sus datos personales es el cumplimiento de un deber legal aplicable al responsable de dicho tratamiento conforme a lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Los datos facilitados en el presente formulario podrán ser cedidos o comunicados exclusivamente para actuaciones relacionadas con la finalidad antes indicada, a los siguientes **destinatarios**: servicios sociales comunitarios, Servicio Andaluz de Salud, Inspección de Servicios Sociales, IMSERSO y entidades y organismos de otras comunidades Autónomas con competencias en materia de dependencia.
- Podrá ejercer sus **derechos** de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, ante la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, remitiendo escrito a calle Seda s/n, nave 5, 41006, de Sevilla o en la dirección de correo electrónico [dpd.assda@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.assda@juntadeandalucia.es)



## 8. DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.
- Que conozco la obligación de comunicar al Servicio Territorial de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía correspondiente a la provincia de residencia, cualquier variación que pudiera producirse en los datos consignados en la presente solicitud. Particularmente, de la obligación de comunicar inmediatamente el ingreso en un centro hospitalario o asistencial que no suponga coste para la persona solicitante.
- Que asumo el compromiso de facilitar el acceso al lugar de residencia habitual para el desarrollo de las tareas de elaboración del programa individual de atención, así como para facilitar el seguimiento y control de las prestaciones por parte de la Administración competente.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Fdo.: \_\_\_\_\_

ILMO/A. SR./A DELEGADO/A TERRITORIAL DE LA CONSEJERÍA COMPETENTE EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES EN \_\_\_\_\_,  
COMO REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA DE ANDALUCÍA

### DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA REPRESENTACIÓN

En función del tipo de representación, deberá aportarse:

**Padre/madre de menor de edad o incapacitado/a:** fotocopia del libro de familia o certificado registral, del auto de acogimiento o adopción o sentencia judicial de incapacitación, en su caso.

**Tutor/a de menor de edad o incapacitado/a:** fotocopia del auto de aceptación del cargo de tutor/a o sentencia judicial de incapacitación.

**Guardador/a de hecho:** declaración del guardador/a de hecho.

**Representante voluntario con poder o mandato verbal:** fotocopia del poder notarial, autorización para la representación voluntaria o declaración de mandato verbal

**Tutela administrativa:** fotocopia de la resolución por la que se asume la tutela.

**Defensor/a judicial:** fotocopia del auto de nombramiento del defensor/a judicial.