|  |
| --- |
| **COMUNICACIÓN VARIACIONES** |

|  |
| --- |
| **PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICASPARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD****Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero** |

(Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones)

# DATOS DEL BENEFICIARIO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | Núm. D.N.I./N.I.E. |

Marque con una “X” la variación producida

# CAMBIO DE DOMICILIO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOMICILIO (Calle / Plaza) | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
|  |  |  |  |  |  |  |
| LOCALIDAD | PROVINCIA |

(\*) Si cumplimenta este apartado de cambio de domicilio tiene que cumplimentar también el apartado VII relativo a la composición e ingresos de la unidad familiar

Si el nuevo domicilio se encuentra en una provincia diferente, debe cumplimentar el apartado IX relativo a datos bancarios.

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**
2. **CAMBIO DE DOMICILIO**

# TRASLADO FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE SALIDA DEL TERRITORIO ESPAÑOL | PAIS DE RESIDENCIA |

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**
2. **CAMBIO DE DOMICILIO**

# MEDIO DE NOTIFICACIÓN

|  |
| --- |
| **Marque con una “X”** el medio por el que desea recibir las notificaciones Deseo ser notificado electrónicamente mediante comparecencia en la Dirección Electrónica Habilitada Única (DEHú) accesible en [https://dehu.redsara.es/](http://notificaciones.060.es/PC_init.action)  |
|  Deseo ser notificado en papel l |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES(cumplimentar solo si es distinto al indicado en el apartado I.1) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOMICILIO (Calle / Plaza) | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
|  |  |  |  |  |  |  |
| LOCALIDAD | PROVINCIA |

|  |
| --- |
| Indique la dirección de correo electrónico en el que desea recibir aviso de la puesta a disposición de las notificaciones en la Dirección Electrónica Habilitada Única (DEHú) |
| CORREO ELECTRONICO |

# AGRAVAMIENTO O MEJORÍA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

|  |
| --- |
| ¿Comunica un agravamiento de la discapacidad? Sí ¿Comunica una mejoría de la discapacidad? Sí En base a esta comunicación se procederá a revisar el grado de discapacidad reconocido. |

# INGRESO EN CENTRO EN RÉGIMEN DE INTERNADO

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**
2. **CAMBIO DE DOMICILIO**

# (sólo si se es beneficiario del subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte)

|  |
| --- |
| ¿Está actualmente atendido en Centro en régimen de internado? Sí No Si la respuesta es afirmativa indique :Fecha de ingreso:¿Se desplaza fuera del Centro al menos 10 fines de semana al año? Sí No Denominación del Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Entidad o persona titular del Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Domicilio: Calle/Plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# VARIACION INGRESOS PERSONALES

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**
2. **CAMBIO DE DOMICILIO**

¿Ha iniciado una actividad laboral o profesional? Sí No

En caso afirmativo indique fecha de inicio actividad laboral:

¿Se ha producido variación en sus ingresos personales? Sí No

En caso afirmativo indique:

Fecha en que se ha producido la variación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

y cumplimente los siguientes datos sobre sus ingresos personales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IMPORTE ANUAL | NÚMERO DE PAGAS | PROCEDENCIA(empresa, organismo o persona que lo abona) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿Es persona beneficiaria o causante de la Asignación Familiar por Hijo a Cargo con discapacidad? Sí No

En caso afirmativo indique

Fecha de efectos del reconocimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

y cumplimente los siguientes datos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELIIDOS PERCEPTOR | Nº DNI/NIE | CUANTÍA MENSUAL  | ENTIDAD QUE LA RECONOCE(Marque con una X) |
| INSS | ISFAS | MUFACE | MUGEJU |
|  |  |  |  |  |  |  |

¿Es titular de otra pensión? Sí No

En caso afirmativo indique la fecha de efectos del reconocimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

y cumplimente los siguientes datos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE PENSIÓN | CUANTÍA MENSUAL | ENTIDAD QUE LA ABONA |
|  |  |  |

# VARIACION DE LA COMPOSICIÓN E INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**
2. **CAMBIO DE DOMICILIO**

Marque con una “X” la variación producida y la fecha en que se ha producido dicha variación.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FECHA VARIACIÓN** |
| **Modificación composición unidad familiar** | **Sí** |  | **No** |  |  |
| **Variación ingresos de la unidad familiar** | **Sí** |  | **No** |   |  |

A continuación declare las personas con las que actualmente convive y los ingresos de cada una de ellas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿CONVIVE CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS: cónyuge, hijos, padres o hermanos? Sí No Si la respuesta es afirmativa, cumplimente los siguientes datos de cada uno de ellos

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Nombre** | **Apellidos** | **DNI/NIE** | **Fecha Nacimiento** | **Relación parentesco con solicitante** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Ingresos Anuales** | **Concepto****(Salario, renta, pensión, bienes)** | **PROCEDENCIA****(Empresa, Organismos o persona que lo abone** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | **Nombre** | **Apellidos** | **DNI/NIE** | **Fecha Nacimiento** | **Relación parentesco con solicitante** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Ingresos Anuales** | **Concepto****(Salario, renta, pensión, bienes)** | **PROCEDENCIA****(Empresa, Organismos o persona que lo abone** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **Nombre** | **Apellidos** | **DNI/NIE** | **Fecha Nacimiento** | **Relación parentesco con solicitante** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Ingresos Anuales** | **Concepto****(Salario, renta, pensión, bienes)** | **PROCEDENCIA****(Empresa, Organismos o persona que lo abone** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | **Nombre** | **Apellidos** | **DNI/NIE** | **Fecha Nacimiento** | **Relación parentesco con solicitante** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Ingresos Anuales** | **Concepto****(Salario, renta, pensión, bienes)** | **PROCEDENCIA****(Empresa, Organismos o persona que lo abone** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** | **Nombre** | **Apellidos** | **DNI/NIE** | **Fecha Nacimiento** | **Relación parentesco con solicitante** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Ingresos Anuales** | **Concepto****(Salario, renta, pensión, bienes)** | **PROCEDENCIA****(Empresa, Organismos o persona que lo abone** |
|  |  |  |  |

 |  |
|  |  |  |

# VARIACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DE LA PERSONA INTERESADA

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**
2. **CAMBIO DE DOMICILIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | D.N.I./N.I.E/C.I.F. |
| RAZÓN SOCIAL (cumplimentar si la representación legal la tiene atribuida una persona jurídica)  |
| DOMICILIO (Calle / Plaza) | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CODIGO POSTAL |
|  |  |  |  |  |  |  |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | TELEFONO |
| RELACION CON EL INTERESADO | CURADOR  GUARDADOR DE HECHO  DEFENSOR JUDICIAL  |

# VARIACIÓN DE LOS DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DEL SUBSIDIO

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**
2. **CAMBIO DE DOMICILIO**

|  |
| --- |
| ENTIDAD FINANCIERA |

|  |
| --- |
| **DOMICILIO DE LA SUCURSAL** |
| Calle / Plaza | Número |
|  |  |
| LOCALIDAD | PROVINCIA |
|  |  |

|  |
| --- |
| **IBAN** |
| **CODIGO****PAIS** | **DIGITOS****CONTROL** | **CÓDIGO DE CUENTA CLIENTE (C.C.C.)** |
| **ENTIDAD** | **SUCURSAL** | **DIGITOS****CONTROL** | **NÚMERO DE CUENTA** |
| E | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| TITULAR DE LA CUENTA |

# OTRAS VARIACIONES

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**
2. **CAMBIO DE DOMICILIO**

|  |
| --- |
|  |

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación y solicito se proceda a efectuar revisión en base a los datos declarados. Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto de Mayores y Servicios Sociales cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

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

## DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD

Si ha marcado la opción VIII debe aportar resolución judicial o documento que establezca medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica del beneficiario de las prestaciones y que designe para prestarlos a la persona indicada en dicha opción

INFORMACIÓN

Los datos personales que figuran en esta comunicación serán incorporados a un fichero automatizado, que permanecerá bajo la custodia de la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales. En cualquier momento, de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley 15/1999, de Protección de Datos de carácter personal, usted ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados ante la Dirección Territorial del Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Si la variación comunicada afecta a uno de los requisitos exigidos para determinar el derecho a la prestación, de acuerdo con el artículo 24 de la Ley 39/2015, de 1 de febrero, el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de tres meses contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en la Dirección Territorial del Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud de revisión, se podrá entender desestimada la solicitud.

DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO)

#### INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

* ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD.
* ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYUSCULAS.
* PUEDE PRESENTAR CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS QUE CONSIDERE NECESARIOS.

Debe marcar con una “X” el apartado que contiene la circunstancia que ha variado y cumplimentar los datos del apartado que haya marcado con una “X”.

La variación producida da lugar a que se inicie un procedimiento de revisión, salvo que la comunicación de variación se refiera a los apartados VIIII y IX al no afectar a los requisitos exigidos para determinar el derecho y la cuantía de la prestación. Como resultado del procedimiento de revisión iniciado se emitirá resolución que le será notificada.

1. **CAMBIO DE DOMICILIO**

Debe indicar los datos del nuevo domicilio

Si el nuevo domicilio se encuentra en una provincia diferente, se procederá al traslado de su expediente al organismo competente en dicha provincia, circunstancia que le será comunicado. En este caso, además del nuevo domicilio debe cumplimentar el apartado IX relativo a datos bancarios, teniendo en cuenta que la agencia de la Entidad Financiera que se indique debe estar ubicada en la misma provincia de residencia del interesado

1. **TRASLADO FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL**

Debe indicar la fecha en que se produjo o se va a producir la salida del territorio español y el país al que se va a trasladar su residencia. En este caso debe indicar el domicilio en ese país en el apartado I.

1. **MEDIO DE NOTIFICACIÓN**

Marque con una “X” el medio por el que desea recibir las notificaciones, es decir electrónica o en papel.

Si la opción elegida es recibir las notificaciones en papel, indique el domicilio en el que desea sean efectuadas si es distinto al indicado en el apartado I o el que figura en el expediente.

También debe indicar el medio (correo electrónico y/o dispositivo electrónico) en el que desea recibir los avisos de notificación en la sede electrónica.

1. **AGRAVAMIENTO O MEJORIA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD**

Puede aportar los documentos e informes que acrediten el agravamiento o la mejoría que alega.

1. **INGRESO EN CENTRO EN RÉGIMEN DE INTERNADO**

Este apartado sólo debe cumplimentarlo si es beneficiario del subsidio por ayuda de tercera persona y/o del subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte

1. **VARIACION INGRESOS PERSONALES**

En este apartado además de las cuestiones concretas que se le plantean deberá consignar las rentas o ingresos propios de que disponga, teniendo en cuenta que:

En el apartado Ingresos Anuales: deberá declarar los ingresos anuales que percibe por cada concepto.

En el apartado Concepto: Debe indicarse salarios, pensiones, prestaciones si se perciben o se han percibido rentas de trabajo o rentas de capital, si los ingresos se derivan de bienes muebles o inmuebles (intereses, alquileres, dividendos)

Procedencia: Deberá indicar la empresa, Organismo o persona que los abone.

1. **VARIACION COMPOSICIÓN E INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

Estos datos deberán cumplimentarse necesariamente siempre que se haya producido variación en las personas que convivan con el beneficiario en el mismo domicilio o en los ingresos de dichas personas, debiendo especificar la variación producida y la fecha de la variación. Asimismo, si actualmente convive con alguna de las personas indicadas en este apartado deberá consignar claramente los datos personales, la relación de parentesco y los datos de ingresos económicos de las personas que forman su unidad familiar.

A efectos de la cumplimentación de los recursos económicos de cada uno de los integrantes de la unidad económica, deberán tenerse en cuenta las instrucciones contenidas en el apartado VI.

1. **VARIACIÓN DE DE LA PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DE LA PERSONA INTERESADA**

Este apartado únicamente se rellenará cuando la solicitud se firme por persona distinta de la persona interesada. Los datos se corresponderán con los de la persona que preste medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica del solicitante en virtud de una curatela o defensor judicial establecido por resolución judicial, en cumplimiento de la designación voluntariamente efectuada por el solicitante en escritura pública para prestarle medidas de apoyo o como guardador de hecho. En este último caso cumplimentará el modelo que le será facilitado.

1. **VARIACIÓN DE LOS DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DEL SUBSIDIO**

El titular de la cuenta tiene que ser el beneficiario de los subsidios. También debe ser titular de la cuenta el curador o el guardador de hecho, si está autorizado judicialmente para disponer gratuitamente de los bienes o derechos del beneficiario.

1. **OTRAS VARIACIONES**

Deberá cumplimentar este apartado si se ha producido cualquier otra variación que no se recoja en los apartados anteriores.