|  |  |
| --- | --- |
|  | SEGURIDAD SOCIAL |

**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

**I. 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.

**II. TRASLADO FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL**

PAIS DE RESIDENCIA

FECHA DE SALIDA DEL TERRITORIO ESPAÑOL

**III. MEDIO DE NOTIFICACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | |

**IV. 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.

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

(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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. VARIACION INGRESOS PERSONALES**

¿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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |
|  | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |
|  | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |
|  | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |
|  | |  | | |  | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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/LA INTERESADO/A | | CURADOR  GUARDADOR DE HECHO DEFENSOR JUDICIAL | | | | | | | | | |

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

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** |
| ES |  |  |  |  |  |

TITULAR DE LA CUENTA

**X. OTRAS VARIACIONES**

|  |
| --- |
|  |

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 órgano gestor competente cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

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

Fdo.:   
**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD**

1. Solo si la solicitud se suscribe por persona distinta a la persona interesada:

- Si quien suscribe la solicitud actúa como curador de la persona solicitante: copia de la resolución judicial que establezca medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica del solicitante o que declare su incapacidad legal si la resolución es anterior al 03/09/2021.

- Si quien suscribe la solicitud ha sido designada por la persona solicitante: certificación del Registro Civil o copia de la escritura pública en el que conste como persona designada voluntariamente por la persona interesada para prestarle medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

- Si actúa como apoderado: documento que acredite la representación.

**INFORMACIÓN**

Los datos personales que figuran en esta solicitud serán tratados por la Dirección General de Servicios Sociales, Infancia y Familias, organismo responsable del tratamiento de los datos, que es necesario para determinar el derecho a percibir las prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad y que se fundamenta en la habilitación legal que le atribuye la competencia en la gestión de las mismas (artículo 6.1.c) Reglamento (UE) 2016/679 y artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

En cualquier momento, de conformidad con lo establecido en los artículos 11 a 18 de la citada Ley Orgánica 3/2018, usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición sobre los datos tratados por la Dirección General de Servicios Sociales, Infancia y Familias, mediante carta dirigida a la c/ Antonio Rodríguez Moñino nº 2A de Mérida (Badajoz), C.P.06800

**DIRECTORA GENRAL DE SERVICIOS SOCIALES, INFANCIA Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE EXTREMADURA**

1. Si se reside en la provincia de Cáceres: **Servicio Territorial de Cáceres. Plaza Hernán Cortés, 1. C.P. 10001- Cáceres. DIR3 A11030102**
2. Si se reside en la provincia de Badajoz: **Servicio Territorial de Badajoz. Ronda del Pilar, 10 - 2ª Planta C.P. 06002- Badajoz. DIR3 A11030101**

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA COMUNICACIÓN**

− ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DEL FORMULARIO.

− ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYUSCULAS.

− PUEDE PRESENTAR CON LA COMUNICACIÓN 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.

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.

**VII.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.

**VIII. Datos 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/la solicitante en virtud de una curatela o defensor judicial establecido por resolución judicial, en cumplimiento de la designación voluntariamente efectuada por el/la solicitante en escritura pública para prestarle medidas de apoyo o como guardador/a de hecho. En este último caso cumplimentará el modelo que le será facilitado.

**IX. Datos bancarios para el abono del subsidio**

El/la titular de la cuenta tiene que ser la persona que solicita la pensión. También debe ser titular de la cuenta el/la curador/a o el/la guardador/a de hecho, solo si está autorizado judicialmente para disponer gratuitamente de los bienes o derechos del/la persona solicitante.

**IX. OTRAS VARIACIONES**

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