

INSTANCIA EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA

1.- DATOS DEL / DE LA SOLICITANTE

DNI, NIF, NIE, CIF: Nombre o razón social:

Primer apellido: Segundo apellido:

Tipo vía: Domicilio:

Número: Portal: Escalera: Planta: Puerta: C.P.: Municipio:

Provincia: Fecha de nacimiento:

Correo electrónico: Teléfono(s): /

2.- DATOS DEL / DE LA REPRESENTANTE

DNI, NIF, NIE, CIF: Nombre o razón social:

Primer apellido: Segundo apellido:

Tipo vía: Domicilio:

Número: Portal: Escalera: Planta: Puerta: C.P.: Municipio:

Provincia: Fecha de nacimiento:

Correo electrónico: Teléfono(s): /

3.- EXPONE

Que se adjunta documentación relativa al Expediente de Dependencia:

- ☐ Solicitud inicial de reconocimiento de la Situación de Dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema
- ☐ Solicitud de traslado del Expediente a otra Comunidad Autónoma
- ☐ Solicitud de Revisión de Grado de Dependencia
- ☐ Solicitud de GRADO III+ (DEPENDENCIA EXTREMA)
- ☐ Solicitud de Nuevas preferencias
- ☐ Respuesta a requerimiento de documentación del Expediente número
- ☐ Aportación de documentación complementaria del Expediente número
- ☐ Otro motivo:

4.- SOLICITA

Se dé curso al procedimiento de Dependencia solicitado

En a de de 20

Firma

Excmo./Excm. Sr./Sra. Alcalde/Alcaldesa del Ayuntamiento de Alicante.