

SOLICITUD DE REVISIÓN DE LAS MEDIDAS YA ACORDADAS

AL JUZGADO

INFORMACIÓN RELATIVA AL SOLICITANTE. INDICAR:

(La persona con capacidad modificada judicialmente, el declarado pródigo, los progenitores que ostenten la patria potestad prorrogada o rehabilitada, los tutores, los curadores, los defensores judiciales y los apoderados preventivos):

Nombre y apellidos: D.N.I.:

Domicilio:Telf.:

En calidad de (relación que le vincula con la persona con discapacidad):

.....

Con domicilio a efectos de notificaciones de la Persona o Entidad/Servicio solicitante:

Dirección postal:Telf.:

Correo electrónico:

EXPONE

PRIMERO

Que por medio del presente escrito y, conforme a lo establecido en el **Disposición Transitoria Quinta de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica**, SOLICITA del Juzgado de Primera Instancia N.º de (localidad) la **REVISIÓN DE LAS MEDIDAS ACORDADAS** en su día por sentencia de fecha....., dictada por el Juzgado de Primera Instancia N.º, de (localidad), en el procedimiento de Juicio Verbal Especial sobre Capacidad N.º de

Nombre y apellidos: D.N.I.:

Fecha y lugar de nacimiento: (si se desconoce, hacerlo constar)

Domicilio:Telf.:

Localidad y C.P.:

Indicar si está ingresado en Centro (Población):

Previsión de estancia:

DIAGNOSTICADO DE:

- Diagnóstico psiquiátrico de trastorno mental grave no reversible y con años de evolución.
- Discapacidad intelectual y del desarrollo.
- Inteligencia límite con trastorno mental grave y/o trastornos de conducta y/o consumo de sustancias adictivas.
- Diagnósticos relacionados con déficits cognitivos no reversibles.
- Otros (indicar):

Se considera que es **PERTINENTE** la **REVISION** DE MEDIDAS JUDICIALES DE APOYO por el/los siguiente/s motivo/s:

- Protección en todas las áreas de la vida.
- Cuidado de la salud.
- Administración de bienes.
- Promoción de la integración social.

SEGUNDO

PODERES Y MANDATOS PREVENTIVOS. INDICAR una de estas 3 opciones:

- La persona con discapacidad HA OTORGADO poder notarial para el supuesto de que en el futuro precise apoyo en el ejercicio de su capacidad a favor de.....
(Se deberá acompañar copia del poder notarial otorgado en su caso)
- La persona con discapacidad NO HA OTORGADO poder notarial para administración de bienes a favor de alguien.
- SE DESCONOCE si la persona con discapacidad ha otorgado poder/es notaria/les o realizado alguna otra manifestación notarial para que subsista si en el futuro precisa apoyo en el ejercicio de su capacidad

TERCERO

FIGURA DE APOYO

Se pone de manifiesto que en la actualidad la persona/s que se ocupa/n de su cuidado personal y administra y gestiona su patrimonio es en condición de **tutor/es o curador/es**:

D/D^a.....

Grado de parentesco....., vecino de.....

y con domicilio en C/.....

Telf.

CUARTO

RELACIÓN DE FAMILIARES MÁS CERCANOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

(Se deben indicar **TODOS** los más cercanos, como cónyuge, hijos, padres, hermanos y en defecto de éstos, los sobrinos, AUNQUE **NO SE VISITEN O SE RELACIONEN CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD**)

Nombre y apellidos..... EDAD.....

D.N.I....., Localidad.....

Domicilio..... C.P.....

Teléfono Grado de parentesco.....

Nombre y apellidos..... EDAD.....

D.N.I....., Localidad.....

Domicilio..... C.P.....

Teléfono Grado de parentesco.....

Nombre y apellidos..... EDAD.....

D.N.I....., Localidad.....

Domicilio..... C.P.....

Teléfono Grado de parentesco.....

Nombre y apellidos..... EDAD.....

D.N.I....., Localidad.....

Domicilio..... C.P.....

Teléfono Grado de parentesco.....

Nombre y apellidos..... EDAD.....

D.N.I....., Localidad.....

Domicilio..... C.P.....

Teléfono Grado de parentesco.....

QUINTO

Hay familiares que estén dispuestos a asumir el cargo de CURADOR

Los parientes o familiares reseñados en el apartado Cuarto de esta solicitud, consideramos que la persona más idónea para desempeñar el cargo de tutor o curador es **(a rellenar en el caso de que haya acuerdo entre los familiares)**

D/D^a.....

Nacido en..... con DNI.....

Con domicilio en..... C/.....

C.P..... y Telf.

Firma de los familiares reseñados en apartado Cuarto:

No hay familiares que estén dispuestos.

Motivos:

.....

.....

.....

Otras personas que están dispuestas:

D/D^a..... con DNI.....

Con dirección postal/electrónica:

..... Telf.

Por todo lo expuesto se

SOLICITA

Al Juzgado, que teniendo por presentado este escrito se sirva admitirlo a los efectos de valorar si procede promover el correspondiente **EXPEDIENTE DE REVISIÓN DE LAS MEDIDAS YA ACORDADAS** respecto de D/D^a.....

RELACION DE DOCUMENTACION ADJUNTA (indicar la que ha sido entregada):

RELATIVA A LA PERSONA

- Fotocopia del DNI de la persona con discapacidad (u otra documentación identificativa).
- Fotocopia del DNI del solicitante abajo firmante.
- Certificado literal de nacimiento de la persona con discapacidad.

RELATIVA A SU SALUD

- DICTAMEN PERICIAL** de los profesionales especializados de los ámbitos **SOCIAL Y SANITARIO, que aconsejen las medidas de apoyo que resulten idóneas en el caso concreto.**
- Certificado de discapacidad actualizada (en el caso de que exista).

RELATIVA A SU SITUACION ECONOMICA

- Relación de bienes e ingresos de la persona con discapacidad.
- Pensiones o prestaciones reconocidas a favor de la persona con discapacidad.
- Relación de movimientos de la cuenta/s corriente/s de la Entidad/es Bancaria/s y/o Certificado de los productos financieros de los que sea titular la persona con discapacidad.

Pamplona, a.....de de

Firma del solicitante:

