

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

## RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

MOTIVO DE LA VALORACIÓN (SEÑALE CON  LO QUE PROCEDA) Valoración inicial Revisión por agravamiento/mejoría

R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre (B.O.E. de 26 de enero de 2000)

Orden de ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha .....

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE									
APELLIDOS Y NOMBRE:									
FECHA NACIMIENTO:		SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:			NACIONALIDAD:		
DOMICILIO:									
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:	PLANTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:				CÓD. POSTAL:	
TELÉFONO:			FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				
¿ES USTED EMIGRANTE ANDALUZ/ANDALUZA RETORNADO/A?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA DE RETORNO DEFINITIVO: ...../...../.....				
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE									
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:							DNI/NIE/NIF:		
RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE: REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR/A DE HECHO <input type="checkbox"/>									
DOMICILIO:									
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:	PLANTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:				CÓD. POSTAL:	
TELÉFONO:			FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO									
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)									
<input type="checkbox"/> Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.									
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSENTIMIENTO</b> y aporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.									
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)									
<input type="checkbox"/> Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.									
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSENTIMIENTO</b> y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.									

3 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICAS									
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.V									
<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.									
<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que <b>AUTORIZO</b> a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.									
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.									
Apellidos y nombre: ..... DNI: .....									
Correo electrónico: .....									
Nº móvil: .....									



1  
0  
9  
7  
1  
D

<b>4</b>	<b>DATOS DE LA DISCAPACIDAD</b>
LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA ES: FÍSICA <input type="checkbox"/> PSÍQUICA <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> GRADO: ..... EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE PROVINCIA ..... Y AÑO .....	

<b>5</b>	<b>DOCUMENTACIÓN A APORTAR</b> (Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsu)
5.1	<b>DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA</b>

Presento la siguiente documentación (original y/o fotocopia autenticada cuando se presenta en registro administrativo)

Fotocopia de todos los informes médicos y/o psicológicos que avalen la discapacidad alegada.

En caso de revisión por agravamiento: Fotocopia de los informes que acrediten dicho agravamiento.

5.2	<b>AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS</b>
-----	---

Ejero el derecho a no presentar los siguientes documentos\* que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.

Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1. ....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....

5.3	<b>AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES</b>
-----	---

Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:

Documento	Administración Pública	Fecha emisión/ presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1. ....	.....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....	.....

<b>6</b>	<b>DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
----------	---

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y **SOLICITA** el reconocimiento del grado de discapacidad

En ..... a ..... de ..... de .....

LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Fdo.: .....

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

<p><b>PROTECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero parcialmente automatizado "VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD". Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de la solicitud.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Personas con Discapacidad. Avda. Hytasa, 14. 41006 - SEVILLA.</p>
---

001809/1D

(\*) Han de tratarse de documentos correspondientes a procedimientos que hayan finalizado en los últimos cinco años.