

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre (BOE de 26 de enero de 2000)

(Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones que figuran al dorso)

I.- DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A

1.- Motivo de la Valoración (señale con X lo que proceda)

<input type="checkbox"/> Valoración inicial	Revisión por: <input type="checkbox"/> Agravamiento <input type="checkbox"/> Mejoría
---	--

2.- Datos personales del interesado/a

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		Nº. DNI/NIE	
FECHA NACIMIENTO Día Mes Año			SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL
DOMICILIO (C/ Plaza)				Nº / Blq. / Escal / Piso / Pta		CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD		PROVINCIA		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO 1 TELÉFONO 2	
TIENE SEGURIDAD SOCIAL SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			TITULAR <input type="checkbox"/>		Nº DE SEGURIDAD SOCIAL		
			BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>				

3.- Datos de la discapacidad que se alega

LA DEFICIENCIA O ENFERMEDAD CRÓNICA QUE LE AFECTA ES:				FÍSICA <input type="checkbox"/>	INTELLECTUAL <input type="checkbox"/>
				MENTAL <input type="checkbox"/>	SENSORIAL <input type="checkbox"/>
TIENE YA RECONOCIDO UN GRADO DE DISCAPACIDAD SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE: PORCENTAJE PROVINCIA Y FECHA					

II. DATOS DE QUIEN OSTENTE SU REPRESENTACIÓN

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		Nº. DNI/NIE	
DOMICILIO (C/ Plaza)				Nº / Blq. / Escal / Piso / Pta		CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD		PROVINCIA		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO 1 TELÉFONO 2	
RELACIÓN CON EL INTERESADO/A			REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>		

III DATOS DE NOTIFICACIÓN (sólo si la persona es diferente del/la interesado/a y del/la representante)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
DOMICILIO (C/ Plaza)			Nº / Blq. / Escal / Piso / Pta		CODIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA		TELÉFONO MÓVIL	

DECLARO bajo mi responsabilidad, que son ciertos y comprobables los datos que consigno en la presente solicitud. **AUTORIZO** la verificación y cotejo de los datos personales incluidos en la solicitud con los ficheros de otras Administraciones Públicas, y su cesión junto con los de la calificación de la discapacidad resultante a otros Organismos o Entidades Públicas que ejerzan competencias en materia de discapacidad.

En a de de

Fdo:

SR/A. DIRECTOR/A TERRITORIAL DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Los datos personales aportados serán tratados informáticamente teniendo Vd. el derecho a su acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD

Fotocopia de:

- DNI/NIE de la persona interesada o, en su defecto, del Libro de Familia.
- DNI/NIE, del representante y del documento acreditativo de dicha representación, caso de darse.
- Informes médicos y psicológicos que avalen las deficiencias alegadas.
- Informes que acrediten agravamiento, caso de solicitar revisión.

(Importante: si no prestara su autorización para la verificación y cotejo de sus datos personales deberá aportar copia autenticada de los documentos en cuestión o fotocopia acompañada de original para compulsar.)

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- Lea detenidamente los apartados de la solicitud antes de cumplimentarlos.
- Escriba con letras mayúsculas.
- Presente todos los documentos indicados en evitación de retrasos.

I. DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A

1. Motivo de la valoración

Marque con una cruz el apartado por el que solicita el reconocimiento.

2. Datos personales

Consigne todos los datos personales del/de la interesado/a.
Si ostenta doble nacionalidad, indíquelas en el apartado correspondiente.

3. Datos de discapacidad

Consigne el tipo o tipos de deficiencias o enfermedades crónicas que le afectan.
Si tiene ya reconocido grado de discapacidad, indique grado, lugar y fecha.
Caso de haberlo sido por Comunidad Autónoma distinta a la actual, aporte fotocopia acreditativa.

II. REPRESENTANTE

Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud sea firmada por persona distinta del /de la interesado/a, por ostentar condición de representante legal o guardador de hecho; en este último caso, deberá cumplimentar el documento adjunto.

De conformidad con lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en su redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, se le informa, en relación a su solicitud, que ha tenido entrada en la fecha que consta en el sello del registro de esta copia y que el plazo normativamente establecido para su resolución y notificación es de tres meses, así como los efectos de la falta de resolución expresa son desestimatorios.

Para cualquier información que precise, podrá dirigirse a:

Dirección Territorial de Ceuta

Avda. de África, s/n, 51002 Ceuta
Tel: +34 956 522 907
Fax: +34 956 504 440
Correo-e: dpceuta@imserso.es

Dirección Territorial de Melilla

Querol, 31, 52004 Melilla
Tel: +34 952 673 314
Fax: +34 952 691 403
Correo-e: dpmelilla@imserso.es

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre (BOE de 26 de enero de 2000)

DECLARACIÓN GUARDADOR DE HECHO

D./D^a..... mayor de edad, con domicilio en
 Calle/Avda/Plaza.....
 núm.....provincia de D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.
 a los efectos de poder representar ante la Dirección Territorial del Imserso de
 en el expediente de reconocimiento del grado de discapacidad a favor de D./D.^a.....

 hijo/a de y de, con domicilio en
 Calle/Avda/Plaza..... núm..... provincia de
 y D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.

DECLARA bajo su responsabilidad:

- 1º) Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan:

- 2º) Que a su juicio dicha persona no tiene capacidad de autogobierno.
- 3º) Que el/la presunto/a incapaz tiene los siguientes familiares:

Nombre y Apellidos	Edad	Parentesco	Dirección
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 4º) Que, en el supuesto de que prospere la solicitud que tiene formulada en nombre de la persona indicada, asume la obligación de administrar los derechos que pudieran reconocerse con la debida diligencia y en interés de la misma. Asimismo se compromete a comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y familiares, ya que pueden tener incidencia en los derechos que en su caso se reconozcan.
- 5º) Que pondrá en conocimiento de la Dirección Territorial del Imserso de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia del/de la presunta incapaz, pueda acaecer en el futuro.

En a de de

Fdo.: