



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

R.D. 1971/1999 de 23 de Diciembre (B.O.E. de 26 de Enero de 2000), modificado por R.D. 1856/2009, de 4 de Diciembre

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

I. - MOTIVO DE LA VALORACIÓN. (Señale con una X lo que proceda)

Valoración inicial Revisión por agravamiento Revisión por Mejoría

II. - DATOS DEL INTERESADO.

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		D.N.I.				
FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD						
DOMICILIO (Calle - Plaza)						N.º	Bloq.	Esca.	Piso	Puerta
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA			TELÉFONO			
¿TIENE SEGURIDAD SOCIAL? sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>		N.º DE LA SEGURIDAD SOCIAL U OTRA MUTUA						
NOMBRE DE OTRA MUTUA		Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>								

III. - DATOS DE LA DISCAPACIDAD

¿HA SIDO CALIFICADO SU GRADO DE DISCAPACIDAD ANTERIORMENTE? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo:			
EN QUÉ PROVINCIA	CON QUÉ PORCENTAJE	EN QUÉ FECHA	CON QUÉ PLAZO DE VALIDEZ

IV. - DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		D.N.I.				
DOMICILIO (Calle - Plaza)						N.º	Bloq.	Escal.	Piso	Puerta
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA			TELÉFONO			
RELACIÓN CON EL/LA INTERESADO/A				REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>				
				PADRE, MADRE o TUTOR <input type="checkbox"/>						

SOLICITA: Que sea valorado su grado de discapacidad.

DECLARA bajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, y autoriza a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

En, a de de 201.....

Fdo.: D./D.^a

SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE

- Fotocopia del D.N.I. del Interesado o, si es un menor sin D.N.I., fotocopia de su inscripción en el Libro de Familia.
- En su caso, fotocopia del D.N.I. del Representante Legal y del documento acreditativo de la representación legal, o guardador de hecho.
- En caso de ser extranjero, fotocopia de la Tarjeta o Permiso de Residencia (N.I.E.) o de la solicitud de asilo o refugio.
- Certificado de Empadronamiento.
- Fotocopia de al menos un informe médico o psicológico.
- Fotocopia de los informes sociales, médicos o psicológicos que estime oportunos.
- En caso de solicitud de revisión por agravamiento o mejoría, fotocopia de los informes que acrediten la circunstancia alegada.
- En caso de que su discapacidad haya sido valorada en otra Comunidad Autónoma, fotocopia de la Resolución o Certificado que lo acredite.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.
- Escriba con claridad y con letras mayúsculas.
- Presente con la solicitud todos los documentos indicados.

I. - Motivo de la valoración.

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

(Importante: si solicita revisión por agravamiento o por mejoría, es IMPRESCINDIBLE presentar los Informes médicos o psicológicos que lo acrediten).

II. - Datos personales.

En este apartado se consignarán todos los datos personales del interesado.

En caso de extranjero residente en España, en el apartado D.N.I., se consignará el número de residente, debiendo aportar Tarjeta de Residencia y Certificado de Empadronamiento de algún Ayuntamiento de la provincia en que presenta la solicitud.

Si carece de permiso de residencia, es IMPRESCINDIBLE presentar fotocopia de la solicitud de asilo o refugio.

III. - Datos de la discapacidad.

Si su discapacidad ya ha sido valorada en otra Comunidad Autónoma deberá aportar copia del documento que lo acredite e indicar en qué provincia y centro se valoró, así como fecha, porcentaje y plazo de validez de la calificación.

IV. - Representante legal.

En este apartado únicamente se rellenará cuando la solicitud se firme por persona distinta del interesado, que ostente la condición de representante legal.

Si el interesado es un menor, actuará como representante el padre, la madre o el tutor legal, señalándolo así en la solicitud, y aportando fotocopia de la inscripción del menor en el Libro de Familia.

Si se trata de una persona mayor de edad que no puede gobernarse por sí mismo, fotocopia del nombramiento de tutor legal o, de carecer de ella, Modelo Normalizado de "Declaración de Guardador de Hecho", que se le proporcionará en la Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social.

DELEGACIONES PROVINCIALES DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL:

ALBACETE: Paseo de Simón Abril, 10	C.P. 02071	Teléf. 967 55 80 00	Fax 967 50 13 20
CIUDAD REAL: C/. Postas, 20	C.P. 13071	Teléf. 926 27 62 00	Fax 926 27 61 39
CUENCA: C/. Lorenzo Hervás y Panduro, 1	C.P. 16071	Teléf. 969 17 68 00	Fax 969 17 68 27
GUADALAJARA: Avda. Fernández Iparraguirre, 1	C.P. 19071	Teléf. 949 88 55 00	Fax 949 23 03 84
TOLEDO: C/. Núñez de Arce, 24	C.P. 45071	Teléf. 925 26 90 69	Fax 925 26 90 15

CENTROS BASE:

ALBACETE: C/. Fátima, 15	C.P. 02004	Teléf. 967 22 30 31	Fax 967 50 56 82
CIUDAD REAL: Ronda de Ciruela, 22	C.P. 13004	Teléf. 926 22 54 00	Fax 926 22 53 53
CUENCA: C/. Fernando Zobel, 1	C.P. 16002	Teléf. 969 22 40 67	Fax 969 21 28 72
GUADALAJARA: Avda. Castilla, 12	C.P. 19002	Teléf. 949 22 28 62	Fax 949 21 60 58
TOLEDO: Avda. Castilla-La Mancha, 1	C.P. 45003	Teléf. 925 22 69 08	Fax 925 25 35 89

EQUIPO TÉCNICO DE VALORACIÓN:

TALAVERA DE LA REINA: Pza. de Goya, s/n.	C.P. 45600	Teléf. 925 81 55 65	Fax 925 81 50 76
--	------------	---------------------	------------------