

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

MOTIVO DE LA VALORACIÓN (señale con X 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 REPRESENTACIÓN

Formulario for applicant data: APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL, FECHA NACIMIENTO, SEXO, DNI/NIE/NIF, NACIONALIDAD, DOMICILIO (TIPO VÍA, NOMBRE VÍA, KM. VÍA, LETRA, NÚMERO, ESCALERA, PISO, PUERTA, LOCALIDAD, PROVINCIA, PAÍS, C. POSTAL), TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO, ¿ES USTED EMIGRANTE ANDALUZ/ANDALUZA RETORNADO/A?, EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA DE RETORNO DEFINITIVO.

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Formulario for representative data: APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE, DNI/NIE/NIF, RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE (REPRESENTANTE LEGAL, GUARDADOR/A DE HECHO), DOMICILIO (TIPO VÍA, NOMBRE VÍA, KM. VÍA, LETRA, NÚMERO, ESCALERA, PISO, PUERTA, LOCALIDAD, PROVINCIA, PAÍS, C. POSTAL), TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO.

2 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS

Formulario for explicit consent: CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso), CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso).

3 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

Formulario for electronic notification authorization: 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... Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.

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

<b>5</b>	<b>DOCUMENTOS A APORTAR</b> (Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsión)																				
5.1	DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA																				
Presento la siguiente documentación (original y/o fotocopia autenticada cuando se presenta en registro administrativo)																					
<input type="checkbox"/> Fotocopia de todos los informes médicos y/o psicológicos que avalen la discapacidad alegada.																					
<input type="checkbox"/> En caso de revisión por agravamiento: Fotocopia de los informes que acrediten dicho agravamiento.																					
5.2	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS																				
<input type="checkbox"/> Ejercer 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.																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó</th> <th>Fecha de emisión o presentación</th> <th>Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	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	.....	.....	.....				
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	.....	.....	.....																		
5.3	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES																				
<input type="checkbox"/> 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:																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Administración Pública</th> <th>Fecha emisión/presentación</th> <th>Órgano</th> <th>Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Documento	Administración Pública	Fecha emisión/presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó	1	.....	.....	.....	.....	2	.....	.....	.....	.....	3	.....	.....	.....	.....
Documento	Administración Pública	Fecha emisión/presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó																	
1	.....	.....	.....	.....																	
2	.....	.....	.....	.....																	
3	.....	.....	.....	.....																	
(*) Han de tratarse de documentos correspondientes a procedimientos que hayan finalizado en los últimos cinco años.																					

<b>6</b>	<b>DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, y <b>SOLICITA</b> el reconocimiento del grado de discapacidad.	
En ..... a ..... de ..... de .....	
LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE	
Fdo.: .....	

**ILMO/A. SR./A. TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN** .....

#### PROTECCIÓN DE DATOS

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 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 el 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.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Dirección General de Personas con Discapacidad. Avda. Hytasa, 14. -SEVILLA-