

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

**RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD (Código procedimiento: 69)**

MOTIVO DE LA VALORACIÓN (señale con X lo que proceda)		
<input type="checkbox"/> Valoración inicial	<input type="checkbox"/> Revisión por agravamiento/mejoría	<input type="checkbox"/> Pensionista INSS

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

RDL 1/2013 de 29 de noviembre (B.O.E. de 3 de diciembre de 2013)

<b>1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE</b>					
APELLIDOS Y NOMBRE:					
FECHA NACIMIENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:	NACIONALIDAD:		
DOMICILIO:					
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:				
KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	PAÍS:	C. POSTAL:	
TELÉFONO:	MÓVIL:	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:		
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:					DNI/NIE/NIF:
RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR/A DE HECHO					
DOMICILIO:					
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:				
KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	PAÍS:	C. POSTAL:	
TELÉFONO:	MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:			

<b>2 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS</b>	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO	
Marque una de las opciones.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de los datos de residencia de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.	
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE	
Marque una de las opciones.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DESEMPLEO	
Marque una de las opciones.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo a través del Sistema de Verificación de Datos de Desempleo	
<input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada de documentación acreditativa de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo.	

<b>2</b>	<b>CONSENTIMIENTOS EXPRESOS</b> (Continuación)
CONSENTIMIENTO EXPRESO FAMILIA NUMEROSA	
Marque una de las opciones.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de los datos de Familia Numerosa a través del Sistema de Verificación de Datos de Familia Numerosa <input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del Libro de Familia Numerosa.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE DATOS DE SALUD	
Marque una de las opciones.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de los datos de Salud a través del sistema DIRAYA <input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta informes médicos y/o psicológicos correspondientes.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE DATOS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	
Marque una de las opciones.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de los datos de Atención Infantil Temprana a través del Sistema ALBORADA <input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta informe correspondiente del Centro de Atención temprana.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE CONDICIÓN DE PENSIONISTA POR INVALIDEZ DEL INSS/CLASES PASIVAS	
Marque una de las opciones.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de los datos de condición de Pensionista por Invalidez del INSS/CLASES PASIVAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas <input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta Resolución del INSS/Certificado actualizado correspondiente.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE EDUCACIÓN	
Marque una de las opciones.	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de los datos de Educación a través del Sistema SÉNECA <input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta informes correspondientes actualizados de los Equipos Especiales de Educación.	

<b>3</b>	<b>LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN</b>						
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES:							
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía. En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@. <input type="checkbox"/> Manifiesto que <b>NO</b> dispongo de una dirección electrónica habilitada 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 un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@. Apellidos y nombre: ..... DNI/NIE: ..... Correo electrónico: ..... N° teléfono móvil: .....							

<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 compulsu)
5.1	DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA
<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.	

<b>5</b>	<b>DOCUMENTOS A APORTAR</b> (Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsu) (Continuación)																				
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																					

<b>6</b>	<b>DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento	
En ..... a ..... de ..... de .....	
LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE	
Fdo.: .....	

**ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN** .....

**Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:**

#### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la persona titular de la Dirección General de Personas con Discapacidad, cuya dirección es Av. Hytasa, 14 CP: 41071 Sevilla
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dirección dpd.cips@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la obtención del Grado de Discapacidad, cuya base jurídica es la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>