

## 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

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"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:			NACIONALIDAD:		
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:								
KM. VÍA:		LETRA:		NÚMERO:		ESCALERA:		PISO:		PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. 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:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		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:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. 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 papel en el lugar que se indica: Cumplimentar únicamente en el caso de que no coincida con el indicado en el apartado 1																																	
<table border="1"> <tr> <td>TIPO DE VÍA:</td> <td colspan="7">NOMBRE DE LA VÍA:</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO:</td> <td>LETRA:</td> <td>KM EN LA VÍA:</td> <td>BLOQUE:</td> <td>PORTAL:</td> <td>ESCALERA:</td> <td>PLANTA:</td> <td>PUERTA:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ENTIDAD DE POBLACIÓN:</td> <td colspan="2">MUNICIPIO:</td> <td colspan="2">PROVINCIA:</td> <td>PAÍS:</td> <td>CÓD. POSTAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TELÉFONO FIJO: (*)</td> <td colspan="2">TELÉFONO MÓVIL: (*)</td> <td colspan="4">CORREO ELECTRÓNICO:</td> </tr> </table>		TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:							NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:	TELÉFONO FIJO: (*)		TELÉFONO MÓVIL: (*)		CORREO ELECTRÓNICO:			
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:																																
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:																										
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:																										
TELÉFONO FIJO: (*)		TELÉFONO MÓVIL: (*)		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 de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en el servicio correspondiente en caso de no estarlo (1). Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones. Correo electrónico: ..... Nº teléfono móvil: .....																																	
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado digital u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <a href="http://www.andaluciajunta.es/notificaciones">http://www.andaluciajunta.es/notificaciones</a>																																	

<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: .....	

001809/6D

<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.			
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.			
	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:			
	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>
La persona abajo firmante <b>DECLARA</b> , bajo su 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 EDUCACIÓN, DEPORTE, IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN EN .....**

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

<p><b>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la persona titular de la Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión, cuya dirección es Av. Hytasa, 14 CP: 41071 Sevilla</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dirección dpd.cipsc@juntadeandalucia.es</p> <p>c) 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.</p> <p>d) 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.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a></p>
---

001809/6D