



Expedientea zk. • Expediente n.º

Ezgaitasuna Baloratzeko Eskabidea

- Eskabidea argi idatzi, LETRA LARRIZ.
- Kasu guztietan, ondoko agiri-sorta hau aurkeztu behar da:
 - N.A.N.ren aldakia, eta adingabekoen kasuan, Famili Liburuaren fotokopia.
 - Ezgaitasunari loturik dauden txosten mediko edo psikologikoen fotokopiak.
- Ondokoak dira eskabidea sinartu behar duten pertsonak:
 - Pertsona interesatua, epai-tutoretzarik ez dagoen kasuetan.
 - Legezko nahiz borondatezko ordezkari gisa jarduten duen pertsona. Ezinbestekoa da gaigabezia adierazi duen epaiaren eta tutoretzaren esleipen-fotokopiak aurkeztea.
 - Aita edo ama, baldin eta interesatua adingabekoa bada.
- Agiri hau sinatzeak inplikatzeko du, datu adierazi guztiak egiazkoak direla eta beharrezko fitxategi publikoetara kontsulta baimentzen dela, frogatu zateko eta espedientearen ebazpen egokirako.

Ezgaitasunaren aitortza
Reconocimiento de Discapacidad

Solicitud de Valoración de Discapacidad

- Completar la solicitud claramente con MAYÚSCULAS.
- Adjuntar siempre la siguiente documentación:
 - Fotocopia del D.N.I. y, en el caso de menores, fotocopia del Libro de Familia.
 - Fotocopias de los informes médicos o psicológicos relacionados con la discapacidad.
- La solicitud deberá firmarla:
 - La persona interesada, si no existiera tutela judicial.
 - La persona que ostente la representación legal o voluntaria. Imprescindible adjuntar fotocopias de la sentencia de incapacitación y de asignación de tutela.
 - El padre o la madre, si la persona interesada fuera menor de edad.
- La firma de este documento implica que todos los datos expuestos son ciertos y que se autoriza la consulta a los ficheros públicos necesarios para su comprobación y para la correcta resolución del expediente.

Ezgaitasunaren berrikuspena (Zehaztu probintzia eta urtea)
Revisión de Discapacidad (Determinar provincia y año reconocimiento)

Zerbitzua emango zaion pertsonaren datuak • Datos de la persona interesada

| | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Lehen abizena • Primer apellido | Bigarren abizena • Segundo apellido | Izena • Nombre | NAN • D.N.I. |
| Jaioteguna • Fecha nacimiento | Jaioterra • Lugar de nacimiento | Sexua • Sexo | Egoera zibila • Estado civil |
| Ohiko bizilekua (kalea edo plaza, solairua eta atea) • Domicilio habitual (calle o plaza, piso y puerta) | | Herria eta P.K. • Localidad y C.P. | Telefonoa • Teléfono |

Tutoretza edo ordezkaritza duen pertsonaren datuak • Datos de quien tiene su tutela o le representa

| | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Lehen abizena • Primer apellido | Bigarren abizena • Segundo apellido | Izena • Nombre | NAN • D.N.I. |
| Ohiko bizilekua (kalea edo plaza, solairua eta atea) • Domicilio habitual (calle o plaza, piso y puerta) | | Herria eta P.K. • Localidad y C.P. | Telefonoa • Teléfono |

Pertsona interesatuarekin duen erlazioa • Relación con la persona interesada

Tokia • Lugar

Urtea • Año

Hilabetea • Mes

Eguna • Día

Zerbitzua emango zaion pertsonaren sinadura
Firma de la persona destinataria del servicio

Tutoretza edo ordezkaritza duenaren sinadura
Firma de quien tiene su tutela o le representa

Ezin sinatu izanaren arrazoia
Razón por la que no puede firmar

Izaera Pertsonaleko Datuen Babesari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoan arautuaren arabera, informatzen dizuegu eskaera honetan jasotako datuak, eta baita ezgaitasun-maila ezagutu, adierazi eta kalifikatzeko prozeduraren ondoriozkoak ere, integratu egingo direla BFAMV001- Ezgaitasuna duten pertsonentzako laguntzak fitxategian. Izan ere, Gizarte Ekintza Saileko Pertsonen Autonomia Sustatzeko eta Mendetasun Arreta Eskaintzako Zuzendaritza Nagusia da fitxategiaren arduraduna eta erabiliko du estatistikak egiteko eta abenduaren 23ko 1971/1999 Errege Dekretuaren eta legedi parekidearen ondoriozko aipatu sailaren berezko funtzioak burutzeko. Hain zuzen, funtzioak zerikusian daude ezgaitasun-maila ezagutu, adierazi eta kalifikatzearrekin, eta baita ere ezinduen kudeaketa eta berentzako laguntzen kontrolarekin. Izan ere, zuk eskubidea duzu zure datu pertsonaletara sartzeko, zuzentzeko, kitzatzeko eta aurka egiteko, komunikazio bat zuzen durik hurrengo helbidera: Ugaskobidea 3 Bis, 2. Solairua, 48014 Bilbo. Inprimaki hau sinatuz gero, zuk zeuk beren-beregi uzten duzu zure datuen tratamendua, komunikazio honetan xedatuaren arabera.

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, les informamos que los datos recogidos en esta solicitud así como los que se deriven del procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad se integrarán en el fichero BFAMV001- Ayudas a Personas con Discapacidad, cuyo responsable es la Dirección General para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia del Departamento de Acción Social, que se utilizará para la producción de estadísticas y para el ejercicio de las funciones propias del citado Departamento derivadas del Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre y legislación concordante relacionadas con el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad así como gestión y control de ayudas a personas con discapacidad, teniendo usted el derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección Camino Ugasko 3 bis, 2º, 48014, Bilbao. Mediante la firma del presente formulario Ud consiente expresamente el tratamiento de sus datos de acuerdo a lo dispuesto en la presente comunicación.