



Código Guía de Servicios 0698

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

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

Efectos para lo que se solicita: (Señale con lo que proceda)

VALORACIÓN INICIAL REVISIÓN POR AGRAVAMIENTO / MEJORÍA REVISIÓN POR FINALIZACIÓN DE PLAZO DE VALIDEZ

Datos de la persona solicitante.

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Fecha de Nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Estado Civil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si esta ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo Vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>								
Provincia	Municipio	Localidad	Código Postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

DATOS DEL REPRESENTANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Fecha de Nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años Como representante voluntario
 Como representante de un incapacitado judicial Como Guardador de Hecho

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S..

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo Vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>								
Provincia	Municipio	Localidad	Código Postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					



Notificaciones Electrónicas.

- Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.
- Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es> / *apartado consultas * notificaciones electrónicas
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Asimismo autorizo al **ImaS**, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:

- a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

@ .

- a través de un SMS en mi teléfono:

TELEFONOS DE CONTACTO:

Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto, bien del propio solicitante o bien de familiares, vecinos u otras personas con las que poder gestionar la hora y día de citación en su entorno habitual.

Teléfono Fijo 1

Teléfono Fijo 2

Teléfono Fijo 3

Teléfono móvil 1

Teléfono móvil 2

Teléfono móvil 3

Datos Específicos Discapacidad.

1. ¿El solicitante tiene Seguridad Social? SI NO

En el caso de tener Seguridad social....

Nº de Afiliación:

2. ¿El solicitante es pensionista de invalidez? SI NO

3. ¿El solicitante ha sido reconocido como persona con discapacidad? SI NO

En el caso de haber sido reconocido

Provincia

Año

4. ¿La Discapacidad que alega es? Física Psíquica Sensorial

Declaración y firma de la solicitud.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

Debe saber que el hecho de su solicitud autoriza al **Imas** a la consulta de todos los datos necesarios para la resolución del Expediente, entre ellos los médicos obtenidos del SMS (Servicio Murciano de Salud) En caso contrario, en el que **NO otorgue el consentimiento para la consulta**, marque la casilla de **NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO**. **De no otorgar el consentimiento será usted el que tendrá que aportar la documentación necesaria para la tramitación del Expediente.**

- NO AUTORIZO a la consulta de mis datos.



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados destinados al reconocimiento, declaración y calificación del grado de Discapacidad que están constituidos en el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas; la cesión de los datos autorizados se ajustará a las normas de seguridad establecidas para tal fin. Todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre.

En Murcia, ade.....de 2

Fdo.:

Espacio para QR.

INSTITUTO MURCIANO DE ACCION SOCIAL

Sr. Director General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión.- Ronda de Levante, 16. 30008-Murcia



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. Con ello evitará retrasos innecesarios.
Si no presenta todos los documentos exigidos, se solicitará que los subsane en el plazo de 10 días. Transcurrido este plazo sin haberlos presentado, se considerará que desiste de su petición y se archivará el expediente.

1. Efectos para los que se solicita

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

2. Datos del interesado

En este apartado se consignarán todos los datos personales de la posible persona con discapacidad. Si Vd. Ostenta doble nacionalidad, indique las dos.

En el caso de no disponer de la nacionalidad española y residir en territorio español, consignar en el apartado D.N.I. el nº de residente.

3. Datos de la discapacidad

Consigne el tipo o tipos de discapacidad que alega.

Si Vd. ha sido calificado como persona con discapacidad, indique la provincia donde ha sido reconocido y el año.

4. Datos del Representante Legal.

Este apartado se cumplimentará cuando la solicitud sea firmada por persona distinta del interesado, por ser éste menor de edad o estar incapacitado.

En el caso de representación legal, se deberá adjuntar documento acreditativo de la representación.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR CON LA SOLICITUD

- Justificante del pago de la Tasa T-173.1 a nombre de la persona interesada cuando se trate de solicitudes iniciales. Este justificante deberá obtenerlo en las Oficinas Corporativas de Atención al Ciudadano de la Región (unidades de registro de cada Consejería y antiguas ventanillas de los Ayuntamientos de la Región) y, después de ingresar su importe en cualquiera de las entidades colaboradoras que aparecen en el citado impreso de autoliquidación, acompañarlo a esta solicitud
- Fotocopia del D.N.I. del solicitante en vigor
En los casos que proceda:
 - Menores de 18 años: Fotocopia Libro de Familia o partida de nacimiento en su defecto.
 - Extranjeros Comunitarios: certificado del Registro Central de Extranjeros que acredite la fecha de inicio de la residencia en España.
 - Extranjeros no comunitarios: certificado expedido por el órgano competente en materia de extranjería que acredite los periodos de residencia legal en España.
- En su caso, fotocopia del D.N.I. en vigor del Representante Legal y del documento acreditativo de la representación que ostenta.
- Fotocopia de todos los informes que acrediten la discapacidad alegada (indicando origen, medidas terapéuticas aplicadas y secuelas definitivas).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR CON LA SOLICITUD DE REVISIÓN.

- Si solicita revisión de su discapacidad, nuevo informe de salud que acredite el agravamiento.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES

Se presentarán en el Registro General del IMAS, sito en Ronda de Levante 16, 30008-MURCIA o en cualquiera de los previstos en el artículo 16.4 de la Ley 39 / 2015, de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.