

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

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)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE					
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:			
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					
¿ES USTED EMIGRANTE ANDALUZ/ANDALUZA RETORNADO/A?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA DE RETORNO DEFINITIVO:		
DOMICILIO:					
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:				
KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:	C. POSTAL:
TELÉFONO:	MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:			

2 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO 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"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DESEMPLEO	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO 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"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada de documentación acreditativa de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo.	

2	CONSENTIMIENTOS EXPRESOS (Continuación)
CONSENTIMIENTO EXPRESO FAMILIA NUMEROSA	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de Familia Numerosa a través del Sistema de Verificación de Datos de Familia Numerosa <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Libro de Familia Numerosa.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE DATOS DE SALUD	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de Salud a través del sistema DIRAYA <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta informes médicos y/o psicológicos correspondientes.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE DATOS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de Atención Infantil Temprana a través del Sistema ALBORADA <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE 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. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO 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"/> NO CONSIENTE y aporta Resolución del INSS/Certificado actualizado correspondiente.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE EDUCACIÓN	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de Educación a través del Sistema SÉNECA <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta informes correspondientes actualizados de los Equipos Especiales de Educación.	

3	LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN
Marque sólo una opción.	
<input type="checkbox"/> OPTO 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"/> OPTO 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 NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO 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: Nº teléfono móvil:	

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

5	DOCUMENTOS A APORTAR (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	DOCUMENTOS A APORTAR (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.			
	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			

6	DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
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:

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. 41071-SEVILLA-