

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD**

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

*(Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones que figuran al dorso)*

**I. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA.**

**1. MOTIVO DE LA VALORACIÓN** (señale con X lo que proceda)

Valoración inicial.

Revisión por agravamiento.

Revisión por mejoría.

**2. DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	D.N.I.
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DOMICILIO (Calle/Plaza/Avda.)		Nº/Bloque/Esc./Piso/Pta.	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO/S	
SEGURIDAD SOCIAL SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TITULAR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO/A <input type="checkbox"/>	Nº SEGURIDAD SOCIAL/OTROS	

**3. DATOS DE LA DISCAPACIDAD**

LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA ES:	FÍSICA <input type="checkbox"/>	PSÍQUICA <input type="checkbox"/>	AUDITIVA <input type="checkbox"/>	VISUAL <input type="checkbox"/>
TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	GRADO <input type="text"/>	
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE PROVINCIA _____ Y AÑO _____				

**II. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL.**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	D.N.I.
DOMICILIO (Calle/Plaza/Avda.)		Nº/Bloque/Esc./Piso/Pta.	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO/S	
RELACIÓN CON LA PERSONA INTERESADA		REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>

DECLARO: Bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

En....., a..... de..... de.....

Fdo.:

CADEX BADAJOZ – C/Agustina de Aragón, 18. 06004, Badajoz.

CADEX CÁCERES – Plaza de Gante, 3. 10001, Cáceres.

**DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.**

**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 Sanidad y Políticas Sociales le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de esta documentación, o cualesquiera otros que se requieran para la tramitación de esta solicitud, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. De acuerdo a lo previsto en la citada Ley y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante el órgano correspondiente.

## \* DOCUMENTACIÓN A APORTAR<sup>1</sup>:

- Fotocopia del D.N.I. de la persona interesada o, en su defecto, fotocopia del Libro de Familia (opcional).
- Fotocopia del D.N.I. del/de la representante legal y del documento acreditativo de la representación legal o guardador de hecho (opcional).
- Fotocopia de todos los informes médicos, psicológicos, psicopedagógicos, de pruebas diagnósticas, etc., que avalen las condiciones de salud que puedan generar situaciones de discapacidad.
- En caso de revisión por agravamiento: Fotocopia de los informes médicos, psicológicos, psicopedagógicos, de pruebas diagnósticas, etc., que acrediten dicho agravamiento.

*Importante: Fotocopias compulsadas o aportar los documentos originales para su compulsas.*

## \* INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD:

- Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.
- Escriba con claridad y letras mayúsculas.
- Presente con la solicitud todos los documentos indicados. Con ello, evitará retrasos innecesarios.
- Marque con  los apartados que correspondan.

### I.- DATOS DEL INTERESADO:

#### 1. Motivo de la Valoración:

- Marque  el apartado por el que se solicita el reconocimiento.

#### 2. Datos Personales:

- En este apartado se consignan todos los datos personales de la persona solicitante del reconocimiento del Grado de Discapacidad.
- Si Ud. ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.
- En caso de ciudadano/a extranjero/a residente en España, en el apartado del DNI se consignará el número de residente, debiendo aportar documento acreditativo de estar incluido en el Sistema de la Seguridad Social Española.

#### 3. Datos de Discapacidad:

- Consigne el tipo o tipos de discapacidad que alega.
- Si Ud. ya posee reconocimiento del grado de discapacidad, indique la provincia de expedición del certificado y el año de emisión, así como el Centro Base que le valoró. Así se agiliza la tramitación de su expediente.

### II.- REPRESENTANTE LEGAL:

Este apartado únicamente se rellenará cuando la solicitud se firme por persona distinta de la interesada en el reconocimiento del Grado de Discapacidad, que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho (en este último caso cumplimentará el modelo que le será facilitado).

---

<sup>1</sup> De acuerdo a la ORDEN de 31 de enero de 2001, por la que se establece el procedimiento de actuación de los Centros Base para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de Discapacidad (D.O.E. N° 16, de 8 de febrero de 2001).