**040021**

**SB19**

**Nº Procedimiento**

**Código SIACI**

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | |  | | | | | Número de documento | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | Nacionalidad: | | | | | |  | | | | | | | |  |  | |  |
| Fecha de nacimiento: | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | | C.P.: | |  | | | | |  | Población: | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | | | | |  | | | |  | Correo electrónico: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | |  | | | | | 2º Apellido: | |  | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | |  | Población: | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | |  | | | | | Correo electrónico: | | | |  |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**RELACION DE PARENTESCO CON EL SOLICITANTE:**

**Si existe representante legal, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con él.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** | | |
| Correo postal  *(Podrán elegir esta opción quienes NO estén obligados a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* | | |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | | |
| **Responsable** | | Dirección General de Discapacidad. |
| **Finalidad** | | Reconocimiento del grado de discapacidad y emisión de tarjeta de discapacidad. Obtención de informe de compatibilidad con el puesto de trabajo. |
| **Legitimación** | | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y elReal Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad**.** |
| **Destinatarios** | | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/info/0289> |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la solicitud** | | | | | | | | |
| **MOTIVO DE SOLICITUD:**  Valoración inicial.  Revisión. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| El grado de discapacidad ha sido reconocido anteriormente. | | | | Porcentaje |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
| Provincia |  | Fecha |  | Plazo de validez | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de OTROS RECONOCIMIENTOS** | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |
| Reconocimiento de Incapacidad Laboral | Tipo |  | | Fecha de reconocimiento | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
| Reconocimiento de Dependencia | Grado |  | | Fecha de reconocimiento | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
| Medidas de apoyo para ejercicio de capacidad jurídica. Fecha | | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA DISCAPACIDAD** | | |
| La discapacidad que alega es: |  | FÍSICA |
|  | PSÍQUICA |
|  | SENSORIAL |
|  | INTELECTUAL |

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIVO DE LA VALORACIÓN** | |
| Indique el motivo de la solicitud de reconocimiento | |
|  | Pensiones no contributivas |
|  | Tarjeta de estacionamiento |
|  | Beneficios fiscales (IRPF) |
|  | Prestación familiar por hijo a cargo |
|  | Recursos de día de atención a personas con discapacidad |
|  | Recursos residenciales de atención a personas con discapacidad |
|  | Becas escolares para alumnos con necesidad específica de apoyo educativo |
|  | Orientación laboral |
|  | Otros: Indicar motivo |
|  | |
| **PROFESIONAL DE ORIENTACIÓN O DERIVACIÓN** | |
| Servicios Sociales de Atención Primaria | |
| Servicios Sociales de Atención Especializada (Atención temprana, Dependencia) | |
| Centro de Salud | |
| Otro centro (Hospital, centro residencial…) | |
| Indique el centro: | |
|  | Por indicación del servicio de orientación del centro educativo |
|  | Por indicación de otro profesional |
| Indique el profesional: | |
|  | Por propia iniciativa |
|  |  |
| **OCUPACION ACTUAL** | |
|  | Etapa Preescolar (menor de 6 años) |
|  | Etapa educativa (entre 6 y 18 años) |
|  | Trabajador en activo |
|  | Trabajador inactivo demandante de empleo |
|  | Trabajador inactivo no demandante de empleo |
|  | Pensionista/Beneficiario de prestación económica |
|  | Otras situaciones o anotaciones |
|  |  |
| **OBSERVACIONES** | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de residencia.  Me opongo a la consulta de datos sobre prestaciones en la Tesorería General de la Seguridad Social.    Autorizo la consulta de datos tributarios (última declaración de la renta).  La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003, de 21 de febrero, en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  Consiento expresamente la consulta de mi historia social, así como de los informes médicos, psicológicos y pruebas complementarias imprescindibles para la valoración/revisión del grado de discapacidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.  El consentimiento se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente solicitud y quedará restringido a los informes médicos y psicológicos imprescindibles para la valoración/revisión del grado de discapacidad.  **En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento**.  **Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.**  -      .  -      .  -      .  **DOCUMENTACIÓN** **obligatoria** a aportar:  En el caso de valoraciones iniciales, informe de salud del médico de atención primaria en el que se acrediten las patologías susceptibles de dar lugar a una situación de discapacidad.  En el caso de solicitud de revisión, copia de informes profesionales que acrediten el motivo de la misma.  Informes de médicos especialistas.  Informes médicos externos  Informes psicológicos externos  Informe complementario a dictamen médico  En el caso de que su discapacidad haya sido valorada en otra Comunidad Autónoma copia de la Resolución o Certificado que lo acredite.  En el supuesto de personas con medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica, se aportará documento acreditativo de dichas medidas. |
|  |

En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**