

# Solicitud de reconocimiento del grado de discapacidad

REAL DECRETO 1971/1999, de 23 de diciembre

Antes de cumplimentar la solicitud lea atentamente las instrucciones

## I. Datos de la persona interesada

Apellido 1º: \_\_\_\_\_ Apellido 2º: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Varón  Mujer

Domicilio en el que reside actualmente:

Calle/Plaza: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## II. Datos de la persona que le representa

Apellido 1º: \_\_\_\_\_ Apellido 2º: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Representante en calidad de padre/madre o tutor de menor de 18 años \_\_\_\_\_

Como representante voluntario \_\_\_\_\_

Como representante legal \_\_\_\_\_

Como representante de presunto incapaz \_\_\_\_\_

## III. Domicilio a efectos de notificaciones

Obligatorio en caso de que exista representante. Ver hoja de instrucciones.

Calle/Plaza: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

## IV. Antecedentes

### 1 Datos de la discapacidad que alega:

La discapacidad o enfermedad crónica que le afecta es

Física  Intelectual  Mental  Sensorial  Enfermedad rara

Tiene ya reconocido un grado de discapacidad: Si  No

En caso afirmativo indique \_\_\_\_\_% porcentaje Provincia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Tiene reconocida pensión de la Seguridad Social de incapacidad permanente (total, absoluta o gran invalidez) o pensión de clases pasivas de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. En caso afirmativo indique:

Fecha \_\_\_\_\_ Organismo declarante \_\_\_\_\_

### 2 Datos de la situación de dependencia:

Tiene reconocido algún grado de dependencia; No  Si  En trámite

Grado I  Grado II  Grado III

Indique la provincia de reconocimiento \_\_\_\_\_

## V. Objeto de la solicitud

### A) Valoración o revisión del grado de discapacidad

- Valoración inicial (para personas que no tienen reconocido ningún grado).
- Revisión por agravamiento (para personas que tienen reconocido algún grado de discapacidad)
- Revisión por mejoría (para personas que tienen reconocido un grado de discapacidad y han mejorado)

### B) Reconocimiento de un grado de discapacidad superior al 33% como pensionista de incapacidad permanente

- Incapacidad permanente total
- Incapacidad permanente absoluta
- Gran invalidez
- Clases pasivas

### B) Motivo de la solicitud

Indique brevemente el motivo para el que solicita el reconocimiento del grado de discapacidad:

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:** Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y en la documentación que se acompaña y que conozco mi obligación de comunicar a la Gerencia de Servicios Sociales de mi provincia o al Centro Base de Atención a personas con discapacidad cualquier variación que pudiera producirse en las circunstancias personales consignadas en esta solicitud.

**CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS.** Doy mi consentimiento, a los efectos de asegurar una correcta valoración de mi situación personal, familiar y social y conseguir la eficiencia y optimización de los recursos públicos sociales y sanitarios, para la utilización en este procedimiento de los datos y la información relativa a mis solicitudes y demandas de servicios sociales, así como de las valoraciones e informes existentes para el acceso al sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, para la cesión de datos personales y sanitarios de la Gerencia Regional de Salud a la Gerencia de Servicios Sociales y para la cesión de datos personales y relativos a la valoración del grado de discapacidad de la Gerencia de Servicios Sociales a la Gerencia Regional de Salud.

#### AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO



**Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.  
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,  
y se retrasará la tramitación del expediente**



- Sí** doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o por de otros medios, los datos de identidad y el de residencia a través del servicio de verificación de datos de identidad y del Servicio de Verificación de Datos de Residencia, respectivamente; y la percepción de prestaciones de la Seguridad Social a través de las Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, y de otros organismos públicos.
- No** doy mi consentimiento para la consulta de dichos datos. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del interesado / padre, madre o tutor de menor de 18 años /  
representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

Si la solicitud la firma el representante legal o representante de presunto incapaz, indique si autoriza la consulta telemática de sus datos de identidad (del representante) a través del servicio de verificación de datos de identidad. Si no autoriza, debe aportar copia del DNI/NIE.

- Autorizo**
- No autorizo**

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a un fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León" cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable de este fichero es la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la Ley, por escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero. Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

**GERENTE DE SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA Y LEÓN**  
**GERENTE TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE \_\_\_\_\_**

# Solicitud de reconocimiento del grado de discapacidad

## Anexo I DECLARACIÓN DE DATOS DEL SOLICITANTE

### 1- Datos de la Unidad Familiar de Convivencia

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ NIF/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco\*: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos mensuales (en Euros): \_\_\_\_\_

Situación de discapacidad/dependencia: Discapacidad \_\_\_\_\_% Dependencia Grado \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ NIF/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco\*: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos mensuales (en Euros): \_\_\_\_\_

Situación de discapacidad/dependencia: Discapacidad \_\_\_\_\_% Dependencia Grado \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ NIF/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco\*: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos mensuales (en Euros): \_\_\_\_\_

Situación de discapacidad/dependencia: Discapacidad \_\_\_\_\_% Dependencia Grado \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ NIF/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco\*: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos mensuales (en Euros): \_\_\_\_\_

Situación de discapacidad/dependencia: Discapacidad \_\_\_\_\_% Dependencia Grado \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ NIF/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco\*: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos mensuales (en Euros): \_\_\_\_\_

Situación de discapacidad/dependencia: Discapacidad \_\_\_\_\_% Dependencia Grado \_\_\_\_\_

*\*Cónyuge o similar/ hijo/a/padre o madre/ hermano/a/otros convivientes con relación de parentesco/ otros convivientes sin relación de parentesco.*

### 2- Datos económicos (mensuales)

**a. GASTOS DE VIVIENDA** (Una vez descontadas las ayudas públicas recibidas por este concepto)

- Alquiler: \_\_\_\_\_ €
- Adquisición de primera vivienda (Hipoteca): \_\_\_\_\_ €
- Obras de eliminación de barreras arquitectónicas en los dos últimos ejercicios económicos: \_\_\_\_\_ €

**b. GASTOS EXTRAORDINARIOS DE CARÁCTER PROLONGADO** (Una vez descontadas las ayudas públicas recibidas por este concepto)

- Educativos (medidas de apoyo, carencia de recursos educativos en la zona, otros): \_\_\_\_\_ €
- Sanitarios (medidas rehabilitadoras y recuperadoras, tratamientos farmacológicos, otros): \_\_\_\_\_ €
- OTROS: Especificar: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

*Continúa en el reverso*

### 3- Situación laboral

- Trabajador en activo
- Desempleado
- Otras situaciones (describir) : \_\_\_\_\_

Si está inscrito como demandante de empleo, indique la fecha de antigüedad \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 4- Datos culturales

NIVEL DE ESTUDIOS:

- Sin certificado de estudios primarios
- Estudios Primarios
- Estudios Secundarios/ F.P
- Estudios Superiores

### 5- Datos de la vivienda

- a. Vivienda en propiedad: SI  NO
- b. Dificultades de acceso a la vivienda\*: SI  NO
- c. Dificultades de desplazamiento en el interior de la vivienda\*: SI  NO
- d. Reúne condiciones de habitabilidad y equipamiento: (calefacción, etc.) SI  NO

*\*Barreras arquitectónicas*

### 6- Otras situaciones personales que afectan a su situación de discapacidad

Puede describir brevemente otras circunstancias personales, familiares o sociales que pueden estar afectando a su situación de discapacidad:

---

---

---

---

---

---

---