



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Mayores,
Personas con Discapacidad y Dependientes

Nº Procedimiento

040021

Código SIACI

SB19

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1	Número de documento						
Nombre:		1º Apellido:		2º Apellido:					
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:		Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>				
Domicilio:		Bloque:		Escalera:		Piso:		Puerta:	
Provincia:		C.P.:		Población:					
Teléfono:		Teléfono móvil:		Correo electrónico:					
Horario preferente para recibir llamada:									
¿Tiene Seguridad Social? Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Titular <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>	Nº de la Seguridad Social					
Nombre de otra mutua		Titular <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>	---					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1	Número de documento:		
Nombre:		1º Apellido:		2º Apellido:	
Domicilio:					
Provincia:		C.P.:		Población:	
Teléfono:		Teléfono móvil:		Correo electrónico:	
Horario preferente para recibir llamada:					

Relación con el solicitante:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, con la finalidad de tramitar el expediente. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, en Avenida de Francia, 4, 45071 Toledo o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es



Datos de la solicitud

MOTIVO DE VALORACIÓN:

- Valoración inicial
Revisión

DATOS DE LA SOLICITUD:

¿Ha sido calificado su grado de discapacidad anteriormente? Si No
En caso afirmativo: Provincia Porcentaje Fecha Plazo de validez

SOLICITA: Que sea valorado el grado de discapacidad

¿Desea que aparezca el tipo de discapacidad en su Resolución del grado? Si No

Acreditación del cumplimiento de los requisitos

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, 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.

AUTORIZA a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

- SI** **NO:** Los acreditativos de identidad.
- SI** **NO:** Los acreditativos de domicilio o residencia a través del SVDR del INE
- SI** **NO:** La información de índole tributaria.
- SI** **NO:** La información sobre afiliación a la Seguridad Social.
- SI** **NO:** Los datos o documentos emitidos por la Administración Regional, concretamente los siguientes:

-
-

SI **NO:** Los datos o documentos que se encuentren por la Administración Regional, concretamente los siguientes:

- Documento , presentado con fecha ante la unidad de la Consejería de
- Documento , presentado con fecha ante la unidad de la Consejería de
- Documento , presentado con fecha ante la unidad de la Consejería de



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Mayores,
Personas con Discapacidad y Dependientes

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

DOCUMENTACIÓN a aportar:

- Copia de los informes médicos, psicológicos y sociales actualizados según la discapacidad que presente (es recomendable adjuntar las pruebas complementarias a los informes profesionales así como cualquier otro informe que estime oportuno).
- En caso de solicitud de revisión, copia de informes profesionales que acrediten el motivo de la misma.
- En caso de que su discapacidad haya sido valorada en otra Comunidad Autónoma copia de la Resolución o Certificado que lo acredite.

PAGO DE TASAS (sólo en caso de solicitar Revisión)

El procedimiento de revisión del grado de discapacidad conlleva una tasa de Euros.

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.
- Presencialmente, adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario: SERVICIOS PERIFÉRICOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES