

(Abans d'omplir les dades llegiu les instruccions que figuren al dors)
 (Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones que figuran al dorso)

 Expedient número
 Expediente número

MOTIU DE LA VALORACIÓ (ASSENYALEU AMB UNA X ALLÒ QUE CALGA) / MOTIVO DE LA VALORACIÓN (MARCAR CON UNA X LO QUE PROCEDA)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Valoració inicial
<i>Valoración inicial</i> | <input type="checkbox"/> Revisió de grau per caducitat
<i>Revisión de grado por caducidad</i> | <input type="checkbox"/> Revisió per agreujament/millora
<i>Revisión por agravamiento/mejora</i> | <input type="checkbox"/> Duplicat
<i>Duplicado</i> |
|---|--|---|---|

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIE	
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO		SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home / Hombre <input type="checkbox"/> Dona / Mujer		NACIONALITAT / NACIONALIDAD	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚM. I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO	
				NÚM. SIP / Nº SIP	

B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚM. I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA
TELÈFON / TELÉFONO	RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT / RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Representant legal / Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador de fet / Guardador de hecho				

C DADES DE LA DISCAPACITAT / DATOS DE LA DISCAPACIDAD

LA DISCAPACITAT QUE AL·LEGA ÉS / LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA ES

Física Psíquica Sensorial Física i psíquica / Física i psíquica

TÉ RECONEGUT EL GRAU DE DISCAPACITAT (1) / TIENE RECONOCIDO EL GRADO DE DISCAPACIDAD (1)

Sí No Grau Província Any
 Grado Provincia Año

TÉ RECONEGUDA INCAPACITAT LABORAL DE SEGURETAT SOCIAL (INSS) (2) / TIENE RECONOCIDA INCAPACIDAD LABORAL DE SEGURIDAD SOCIAL (INSS) (2)

Sí No Total Absoluta Gran invalidesa / Gran invalidez

D AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que es disposa en l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'estableixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOGV núm 6376, de 14.10.2010) done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment porte acabe la comprovació directa de les dades d'identitat (DNI) i, si escau de residència. Cas de no subscriure la corresponent autorització, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la Administración de la Generalitat y su sector público (DOGV núm 6376, de 14.10.2010) doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento lleve acabo la comprobación directa de los datos de identidad (DNI) y, en su caso de residencia. Caso de no suscribir la correspondiente autorización, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

 NO AUTORITZA / NO AUTORIZA

E SOL·LICITUD I DECLARACIÓ / SOLICITUD Y DECLARACIÓN

Sol·licita el reconeixement del grau de discapacitat a efectes de / Solicita el reconocimiento del grado de discapacidad a efectos de:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BENEFICIS FISCALS
<i>BENEFICIOS FISCALES</i> | <input type="checkbox"/> PRESTACIÓ PER FILL A CÀRREC
<i>PRESTACIÓN POR HIJO A CARGO</i> | <input type="checkbox"/> ISFAS/MUFACE |
| <input type="checkbox"/> TARGETA SANITÀRIA
<i>TARJETA SANITARIA</i> | <input type="checkbox"/> INGRÉS EN CENTRE
<i>INGRESO EN CENTRO</i> | <input type="checkbox"/> ALTRES
<i>OTROS</i> |
| <input type="checkbox"/> TÈCNIC LABORAL
<i>TÉCNICO LABORAL</i> | <input type="checkbox"/> P.N.C. | |

DECLARA sota la seua responsabilitat que són certes les dades consignades en la present sol·licitud i autoritza que es realitzen consultes en fitxers públics de les distintes administracions públiques per a acreditar-les, a l'únic efecte del acompliment dels requisits d'esta sol·licitud.

DECLARA bajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autoriza a que se realicen consultas en ficheros públicos de las distintas administraciones públicas para acreditarlos, a los únicos efectos del cumplimiento de los requisitos de esta solicitud.

_____, d _____ de _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: _____

Les dades de caràcter personal continguts en l'imprès seran incorporats en el fitxer "Discapacitat", la finalitat del qual és l'avaluació de les sol·licituds i la valoració del grau de discapacitat, per al seu tractament per este òrgan administratiu, com titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en àmbit de les seues competències, i podran ser cedits en els casos previstos en la llei. Així mateix se li informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso serán incorporados en el fichero "Discapacidad", cuya finalidad es la evaluación de las solicitudes y la valoración del grado de discapacidad, para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en ámbito de sus competencias, y podrán ser cedidos en los casos previstos en la ley. Asimismo se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE n.º 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
DATA ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÒRGANO COMPETENTE

(Abans d'omplir les dades llegiu les instruccions que figuren al dors)
 (Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones que figuran al dorso)

 Expedient número
 Expediente número

MOTIU DE LA VALORACIÓ (ASSENYALEU AMB UNA X ALLÒ QUE CALGA) / MOTIVO DE LA VALORACIÓN (MARCAR CON UNA X LO QUE PROCEDA)

-
- Valoració inicial / Valoración inicial
-
- Revisió de grau per caducitat / Revisión de grado por caducidad
-
- Revisió per agreujament/millora / Revisión por agravamiento/mejora
-
- Duplicat / Duplicado

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIE	
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO		SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home / Hombre <input type="checkbox"/> Dona / Mujer		NACIONALITAT / NACIONALIDAD	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚM. I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO	
				NÚM. SIP / Nº SIP	

B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚM. I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA
TELÈFON / TELÉFONO		RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT / RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Representant legal / Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador de fet / Guardador de hecho			

C DADES DE LA DISCAPACITAT / DATOS DE LA DISCAPACIDAD

LA DISCAPACITAT QUE AL·LEGA ÉS / LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA ES

 Física Psíquica Sensorial Física i psíquica / Física i psíquica

TÉ RECONEGUT EL GRAU DE DISCAPACITAT (1) / TIENE RECONOCIDO EL GRADO DE DISCAPACIDAD (1)

 Sí No

Grau	Província	Any
Grado	Provincia	Año

TÉ RECONEGUDA INCAPACITAT LABORAL DE SEGURETAT SOCIAL (INSS) (2) / TIENE RECONOCIDA INCAPACIDAD LABORAL DE SEGURIDAD SOCIAL (INSS) (2)

 Sí No Total Absoluta Gran invalidesa / Gran invalidez

D AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que es disposa en l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'estableixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOGV núm 6376, de 14.10.2010) done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment porte acabe la comprovació directa de les dades d'identitat (DNI) i, si escau de residència. Cas de no subscriure la corresponent autorització, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la Administración de la Generalitat y su sector público (DOGV núm 6376, de 14.10.2010) doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento lleve acabo la comprobación directa de los datos de identidad (DNI) y, en su caso de residencia. Caso de no suscribir la correspondiente autorización, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

 NO AUTORITZA / NO AUTORIZA

E SOL·LICITUD I DECLARACIÓ / SOLICITUD Y DECLARACIÓN

Sol·licita el reconeixement del grau de discapacitat a efectes de / Solicita el reconocimiento del grado de discapacidad a efectos de:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BENEFICIS FISCALS
BENEFICIOS FISCALES | <input type="checkbox"/> PRESTACIÓ PER FILL A CÀRREC
PRESTACIÓN POR HIJO A CARGO | <input type="checkbox"/> ISFAS/MUFACE |
| <input type="checkbox"/> TARGETA SANITÀRIA
TARJETA SANITARIA | <input type="checkbox"/> INGRÉS EN CENTRE
INGRESO EN CENTRO | <input type="checkbox"/> ALTRES
OTROS |
| <input type="checkbox"/> TÈCNIC LABORAL
TÉCNICO LABORAL | <input type="checkbox"/> P.N.C. | |

DECLARA sota la seua responsabilitat que són certes les dades consignades en la present sol·licitud i autoritza que es realitzen consultes en fitxers públics de les distintes administracions públiques per a acreditar-les, a l'únic efecte del acompliment dels requisits d'esta sol·licitud.

DECLARA bajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autoriza a que se realicen consultas en ficheros públicos de las distintas administraciones públicas para acreditarlos, a los únicos efectos del cumplimiento de los requisitos de esta solicitud.

_____, _____ d _____ de _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: _____

Les dades de caràcter personal continguts en l'imprés seran incorporats en el fitxer "Discapacitat", la finalitat del qual és l'avaluació de les sol·licituds i la valoració del grau de discapacitat, per al seu tractament per este òrgan administratiu, com titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en àmbit de les seues competències, i podran ser cedits en els casos previstos en la llei. Així mateix se li informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso serán incorporados en el fichero "Discapacidad", cuya finalidad es la evaluación de las solicitudes y la valoración del grado de discapacidad, para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en ámbito de sus competencias, y podrán ser cedidos en los casos previstos en la ley. Asimismo se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE n.º 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
DATA ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÒRGANO COMPETENTE

F DOCUMENTS QUE S'HI ADJUNTEN / DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

- Document nacional d'identitat de l'interessat i, si escau, del seu representant legal o guardador de fet. En el cas que algun d'ells siga estranger, haurà d'aportar-se documentació acreditativa de la seua identitat.
Documento nacional de identidad del interesado y, en su caso, de su representante legal o guardador de hecho. En el supuesto de que alguno de ellos sea extranjero, deberá aportarse documentación acreditativa de su identidad.
- Certificat o volant d'empadronament del sol·licitant.
Certificado o volante de empadronamiento del solicitante.
- Fotocòpia de tots els informes mèdics i psicològics actualitzats que posseïssa i on consten les seqüeles després de l'aplicació de mesures terapèutiques (Reial Decret 1971/1999 de 23 de desembre, BOE de 26 de gener del 2000).
Fotocopia de todos los informes médicos y psicológicos actualizados que posea y donde consten las secuelas tras la aplicación de medidas terapéuticas (Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, BOE de 26 de enero de 2000).
- En cas de revisió per agreujament: fotocòpia dels informes que acrediten este agreujament.
En caso de revisión por agravamiento: fotocopia de los informes que acrediten dicho agravamiento.

IMPORTANT: Junt amb les fotocòpies, han d'aportar els documents originals per a la seua compulsa.
IMPORTANTE: Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsa.

G INSTRUCCIONS D'EMPLENAMENT / INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

- Abans d'escriure, llija detingudament els apartats de la sol·licitud.
Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.
- Escriba amb claredat i amb lletres majúscules.
Escriba con claridad y con letras mayúsculas.
- Presente amb la sol·licitud tots els documents indicats. Amb això evitarà retards innecessaris.
Presente con la solicitud todos los documentos indicados. Con ello evitará retrasos innecesarios.

A. Dades de la persona interessada:

Datos de la persona interesada:

1. Motiu de la sol·licitud:

Motivo de la solicitud:

Marque amb una creu l'apartat pel qual se sol·licita el reconeixement.
Marque con una cruz el apartado por el que solicita el reconocimiento.

2. Dades personals:

Datos personales:

En este apartat es consignaran totes les dades personals de la persona interessada. Si té doble nacionalitat, indique'n les dues a l'apartat corresponent.

En cas d'estrangers residents a Espanya a l'apartat DNI, es consignarà el número de resident.

En este apartado se consignaran todos los datos personales de la persona interesada. Si tiene doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

En caso de extranjeros residentes en España en el apartado DNI, se consignará el número de residente.

B. Dades del representant legal:

Datos del representante legal:

Este apartat només s'omplirà quan la sol·licitud la signe una persona distinta de la interessada, que tinga la condició de representant legal o guardador de fet.

Este apartado sólo se rellenará cuando la solicitud se firme por una persona distinta de la interesada, que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho.

C. Dades de la discapacitat:

Datos de la discapacidad:

1. Consigne el tipus de discapacitat que al·lega. Si a vosté se li ha reconegut amb anterioritat grau de discapacitat, indique la província on ha sigut reconegut i l'any. Si la resolució va ser emesa per una província distinta a esta on vosté ho sol·licita, aporte'n fotocòpia.

Consigne el tipo o tipos de discapacidad que alega. Si a Usted se le ha reconocido, con anterioridad, grado de discapacidad, indique la provincia donde ha sido reconocido y el año. Si la resolución fue emitida por provincia distinta a ésta donde usted la solicita, aporte fotocopia de la misma.

2. Si té reconeguda incapacitat laboral, consigne'n el tipus i aporte fotocòpia de la resolució de l'INSS.

Si tiene reconocida incapacidad laboral, indique el tipo y aporte fotocopia de la resolución del INSS.

Així agilitzarà la tramitació del seu expedient.

Así agilizará la tramitación de su expediente.

F DOCUMENTS QUE S'HI ADJUNTEN / DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

- Document nacional d'identitat de l'interessat i, si escau, del seu representant legal o guardador de fet. En el cas que algun d'ells siga estranger, haurà d'aportar-se documentació acreditativa de la seua identitat.
Documento nacional de identidad del interesado y, en su caso, de su representante legal o guardador de hecho. En el supuesto de que alguno de ellos sea extranjero, deberá aportarse documentación acreditativa de su identidad.
- Certificat o volant d'empadronament del sol·licitant.
Certificado o volante de empadronamiento del solicitante.
- Fotocòpia de tots els informes mèdics i psicològics actualitzats que posseïska i on consten les seqüeles després de l'aplicació de mesures terapèutiques (Reial Decret 1971/1999 de 23 de desembre, BOE de 26 de gener del 2000).
Fotocopia de todos los informes médicos y psicológicos actualizados que posea y donde consten las secuelas tras la aplicación de medidas terapéuticas (Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, BOE de 26 de enero de 2000).
- En cas de revisió per agreujament: fotocòpia dels informes que acrediten este agreujament.
En caso de revisión por agravamiento: fotocopia de los informes que acrediten dicho agravamiento.

IMPORTANT: Junt amb les fotocòpies, han d'aportar els documents originals per a la seua compulsa.
IMPORTANT: Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsa.

G INSTRUCCIONS D'EMPLENAMENT / INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

- Abans d'escriure, llija detingudament els apartats de la sol·licitud.
Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.
- Escriba amb claredat i amb lletres majúscules.
Escriba con claridad y con letras mayúsculas.
- Presente amb la sol·licitud tots els documents indicats. Amb això evitarà retards innecessaris.
Presente con la solicitud todos los documentos indicados. Con ello evitará retrasos innecesarios.

A. Dades de la persona interessada:
Datos de la persona interesada:

1. Motiu de la sol·licitud:
Motivo de la solicitud:

Marque amb una creu l'apartat pel qual se sol·licita el reconeixement.
Marque con una cruz el apartado por el que solicita el reconocimiento.

2. Dades personals:
Datos personales:

En este apartat es consignaran totes les dades personals de la persona interessada. Si té doble nacionalitat, indique'n les dues a l'apartat corresponent.
En cas d'estrangers residents a Espanya a l'apartat DNI, es consignarà el número de resident.
En este apartado se consignaran todos los datos personales de la persona interesada. Si tiene doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.
En caso de extranjeros residentes en España en el apartado DNI, se consignará el número de residente.

B. Dades del representant legal:
Datos del representante legal:

Este apartat només s'omplirà quan la sol·licitud la signe una persona distinta de la interessada, que tinga la condició de representant legal o guardador de fet.
Este apartado sólo se rellenará cuando la solicitud se firme por una persona distinta de la interesada, que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho.

C. Dades de la discapacitat:
Datos de la discapacidad:

1. Consigne el tipus de discapacitat que al·lega. Si a vosté se li ha reconegut amb anterioritat grau de discapacitat, indique la província on ha sigut reconegut i l'any. Si la resolució va ser emesa per una província distinta a esta on vosté ho sol·licita, aporte'n fotocòpia.
Consigne el tipo o tipos de discapacidad que alega. Si a Usted se le ha reconocido, con anterioridad, grado de discapacidad, indique la provincia donde ha sido reconocido y el año. Si la resolución fue emitida por provincia distinta a ésta donde usted la solicita, aporte fotocopia de la misma.
2. Si té reconeguda incapacitat laboral, consigne'n el tipus i aporte fotocòpia de la resolució de l'INSS.
Si tiene reconocida incapacidad laboral, indique el tipo y aporte fotocopia de la resolución del INSS.

Així agilitzarà la tramitació del seu expedient.
Así agilizará la tramitación de su expediente.