



Castilla-La Mancha

Consejería de Bienestar Social
Dirección General de Discapacidad

Nº Procedimiento

040021

Código SIACI

SB19

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NIF NIE Número de documento:

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: Hombre Mujer

Domicilio:
Nº: Bloque: Escalera: Piso: Puerta:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamadas:

¿Tiene Seguridad Social? Si No Titular Beneficiario Nº de la Seguridad Social:

Nombre de otra mutua: Titular Beneficiario

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:

Relación con el solicitante:

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



Castilla-La Mancha

Consejería de Bienestar Social

Dirección General de Discapacidad

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).*
- Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos.)*

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Discapacidad
Finalidad	Reconocimiento de personas con discapacidad que desean obtener certificado de discapacidad o concesión de prestaciones.
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha; el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, y la Orden de 21 de marzo de 2000, de la Consejería de Bienestar Social)
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://www.castillalamancha.es/protecciondedatos

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



Castilla-La Mancha

Consejería de Bienestar Social

Dirección General de Discapacidad

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.

Esta Consejería va a proceder a consultar de oficio todos los datos pertinentes y a recabar los documentos necesarios para la resolución del presente procedimiento, de acuerdo con el artículo 28 de la ley 39/2015.

La consulta de datos se va a realizar salvo que de forma expresa se oponga cumplimentando el siguiente apartado:

Yo D/D^a con DNI me opongo a la consulta de los datos relativos a por los siguientes motivos:

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos (liste los documentos electrónicos o en papel 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.

En , a de de 20

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE