

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

REAL DECRETO 888/2022, de 18 de octubre

Antes de cumplimentar la solicitud lea atentamente las instrucciones

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA			
DNI/NIE:	1 ^{er} apellido:	2 ^o apellido:	
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	
Tipo y nombre de vía:	Núm.:	Escalera / Piso, letra:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	
Tfno. de contacto:	Correo electrónico:		

DATOS DE LA PERSONA QUE LE REPRESENTA			
DNI/NIE:	1 ^{er} apellido:	2 ^o apellido:	Nombre:
Fecha nacimiento:	Tfno. contacto:	Correo electrónico:	
Tipo de representación:			
<input type="radio"/> Madre/padre o tutor de menor de 18 años <input type="radio"/> Representación voluntaria <input type="radio"/> Tutela o curatela representativa <input type="radio"/> Guardador de hecho ¿Registrada en el registro electrónico de apoderamiento? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			

NOTIFICACIONES <i>Obligatorio en caso de que exista representante, ver hoja de instrucciones</i>						
<p>De conformidad con lo dispuesto en el artículo 41.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, y con el fin de agilizar las notificaciones, señale como medio preferente de notificación:</p> <p><input type="radio"/> Correo certificado en el domicilio reseñado anteriormente</p> <p><input type="radio"/> Correo certificado en el domicilio señalado a continuación</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo y nombre de vía:</td> <td>Núm.:</td> <td>Escalera / Piso, letra:</td> </tr> <tr> <td>Localidad:</td> <td>C.P.:</td> <td>Provincia:</td> </tr> </table> <p><input type="radio"/> Telemáticamente por medio de la notificación electrónica</p> <p>Las notificaciones y comunicaciones que los órganos competentes de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León dirijan a las personas interesadas en el procedimiento se realizarán por medios electrónicos, tanto para las obligadas (personas jurídicas y entes sin personalidad jurídica) como para las no obligadas que decidan acogerse a este sistema. Las notificaciones se realizarán mediante comparecencia en la sede electrónica. Se enviará un aviso de la puesta a disposición de dichas notificaciones a través del correo electrónico. Dichos avisos no tendrán, en ningún caso, los efectos de una notificación.</p> <p>Correo electrónico para recibir los avisos: _____</p> <p>Las personas interesadas deberán acogerse al servicio de Notificaciones Electrónicas, disponible en la sede electrónica de la Administración de la Comunidad de Castilla y León https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es y suscribirse al procedimiento “Reconocimiento del grado de discapacidad” en el siguiente enlace https://www.ae.jcyl.es/notifica o bien autorizar a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León a su suscripción en el procedimiento mencionado.</p> <p>En caso de no estar suscrita al procedimiento <input type="checkbox"/> Si autoriza a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León a la suscripción al procedimiento mencionado.</p> <p>En los supuestos de notificaciones electrónicas de carácter obligatorio, o cuando haya sido expresamente elegido este medio por la persona interesada, se entenderán rechazadas cuando hayan transcurrido diez días naturales desde la puesta a disposición de la notificación sin que se acceda a su contenido.</p> <p>Con independencia de que la persona interesada no esté obligada a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas o de que no haya comunicado que se le practiquen notificaciones por medios electrónicos, su comparecencia voluntaria o la de su representante en la sede electrónica y el posterior acceso al contenido de la notificación o el rechazo expreso de ésta, tendrá plenos efectos jurídicos.</p> <p>Cuando la persona interesada rechace la notificación de una actuación administrativa, se hará constar en el expediente, especificándose las circunstancias del intento de notificación y el medio, dando por efectuado el trámite y siguiéndose el procedimiento.</p> <p>Cuando la notificación se realice por distintos cauces, se tomará como fecha de notificación la de aquella que se hubiera producido en primer lugar.</p>	Tipo y nombre de vía:	Núm.:	Escalera / Piso, letra:	Localidad:	C.P.:	Provincia:
Tipo y nombre de vía:	Núm.:	Escalera / Piso, letra:				
Localidad:	C.P.:	Provincia:				



ANTECEDENTES	
1. Datos de la discapacidad que alega	
La discapacidad o enfermedad crónica que le afecta es: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Enfermedad rara	
Tiene reconocido grado de discapacidad: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Porcentaje en caso afirmativo: _____ %
Provincia de reconocimiento:	Fecha:
2. Datos de la situación de dependencia	
Tiene reconocido grado de dependencia: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> En trámite	Grado: <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III
Provincia de reconocimiento:	Fecha:

OBJETO DE LA SOLICITUD
A) Valoración o revisión del grado de discapacidad
<input type="radio"/> Valoración inicial <input type="radio"/> Revisión por mejoría <input type="radio"/> Revisión por agravamientos <input type="radio"/> Revisión por plazo de validez
B) Motivo de la solicitud
Indique brevemente el motivo para el que solicita el reconocimiento del grado de discapacidad

DECLARACIÓN DE DATOS

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA	
PERSONA INTERESADA/SOLICITANTE	
Nombre y apellidos: _____	DNI/NIE: _____
Ingresos económicos mensuales: _____ €	
Nombre y apellidos: _____	DNI/NIE: _____
Fecha de nacimiento: _____	Relación de parentesco*: _____
Ingresos económicos mensuales: _____ €	
Situación de discapacidad/dependencia: Discapacidad: _____ % Dependencia Grado: _____	
Nombre y apellidos: _____	DNI/NIE: _____
Fecha de nacimiento: _____	Relación de parentesco*: _____
Ingresos económicos mensuales: _____ €	
Situación de discapacidad/dependencia: Discapacidad: _____ % Dependencia Grado: _____	
Nombre y apellidos: _____	DNI/NIE: _____
Fecha de nacimiento: _____	Relación de parentesco*: _____
Ingresos económicos mensuales: _____ €	
Situación de discapacidad/dependencia: Discapacidad: _____ % Dependencia Grado: _____	

*Cónyuge o similar - Hijo/a - Hermano/a - Otros convivientes con relación de parentesco - Otros convivientes sin relación de parentesco.

DATOS ECONÓMICOS (mensual)	
Gastos de vivienda	
Alquiler: _____ €	Adquisición primera vivienda (Hipoteca): _____ €
Obras de eliminación de barreras arquitectónicas en los dos últimos ejercicios económicos: _____ €	
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): _____	€

SITUACIÓN LABORAL
<input type="radio"/> En activo <input type="radio"/> Desempleado/a - Si está inscrito/a como demandante de empleo, indique la fecha de antigüedad _____ <input type="radio"/> Otras situaciones (describir): _____



NIVEL DE ESTUDIOS

Sin certificado de estudios primarios Estudios primarios Estudios secundarios / F.P. Estudios superiores

DATOS DE LA VIVIENDA

Vivienda en propiedad SI NO

Dificultades de acceso a la vivienda* SI NO

Dificultades de desplazamiento en el interior de la vivienda* SI NO

Reúne condiciones de habitabilidad y equipamiento (calefacción, etc.) SI NO

*Barreras arquitectónicas

OTRAS SITUACIONES PERSONALES QUE AFECTAN A SU SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Explique brevemente otras circunstancias personales, familiares o sociales que pueden estar afectando a su situación de discapacidad.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en las letras c) y d) del artículo 6.1 del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que la presentación de esta solicitud posibilita el tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en el impreso y obtenidos en la tramitación del procedimiento. En consecuencia, su solicitud habilita para que la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León obtenga directamente, de forma telemática o a través de otros medios, los datos necesarios para el reconocimiento, en ejercicio de las competencias de este organismo, la atención social demandada, y entre otros los siguientes: datos de identidad, de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia.

Asimismo, se informa que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión ante el Delegado de Protección de Datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, así como otros derechos recogidos en la información básica y adicional sobre protección de datos personales de este procedimiento.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsables del tratamiento	Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León.
Finalidad del tratamiento	Solicitud de reconocimiento del grado de discapacidad
Legitimación del tratamiento	Artículo 6.1 c) y e) del Reglamento General de Protección de Datos
Destino de las cesiones o transferencias de datos	Órganos administrativos a los que se dirige la solicitud.
Derechos de las personas interesadas	De acceso, rectificación y supresión de datos.
Procedencia de los datos	Aportados por las personas interesadas.
Información adicional	https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es

Declaro haber sido informada/o y muestro mi conformidad con el tratamiento de datos necesarios para obtener la atención solicitada.
Si **NO** muestra su conformidad marque esta casilla: y aporte al procedimiento la documentación que se indica en las instrucciones.

En _____, a _____ de _____ de _____

FIRMA PERSONA INTERESADA O REPRESENTANTE LEGAL

-En el caso de menor de edad, o mayor con representante designado judicialmente, mediante notario o apud acta, debe firmar aquí la persona progenitora, curadora o representante acreditada.

-En caso de imposibilidad física de firma por parte de la persona interesada se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos personas que hagan de testigos, siendo necesarias sus firmas, nombres, apellidos y DNI/NIF.

-Si la solicitud no la firma la persona interesada, se informa que con su presentación este órgano podrá consultar telemáticamente sus datos de identidad, para lo cual deberá adjuntar debidamente cumplimentado el formulario "Autorización para representación voluntaria".

Fdo.: _____

A/A GERENTE TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE _____