

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<div style="text-align: right; font-size: 24px; font-weight: bold;">002</div> <h2 style="text-align: center;">Solicitud de reconocimiento, declaración y calificación de discapacidad</h2> <div style="background-color: #c00040; height: 15px; margin: 10px 0;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <p style="text-align: right; font-size: 10px;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p> </div>
--	---

SOLICITANTE

1. Motivo de la valoración (Señale con X lo que proceda)

<input type="checkbox"/> Valoración inicial	Revisión por: Agravamiento <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/>
---	---

¿Desea que a efectos de esta valoración se tengan en cuenta los factores sociales complementarios referidos en los artículos 20 y 21.1.e) del Decreto 36/2014?

Sí No

2. Datos personales del/de la interesado/a

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil
	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		

Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta

C.P.	Municipio	Localidad	Provincia / T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro

Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail

3. Datos académicos y profesionales del/de la interesado/a:

Estudios realizados:

Estudios que realiza actualmente:

Tipo de discapacidad:	Situación laboral actual
Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/>	

4. Datos de la discapacidad (cumplimentar únicamente en caso de traslado de expediente)

Grado de discapacidad que tiene reconocido:

Fecha de revisión:

Provincia que emitió el certificado:

Año:

SOLICITA que, previos los informes y trámites oportunos, le sea valorado el grado de discapacidad

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....