

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre

ANTES DE RELLENAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

1. MOTIVO DE LA SOLICITUD (señale con X lo que proceda)

GRADO DE DISCAPACIDAD (GD)	REVISIÓN DE GRADO POR:	AGRAVAMIENTO	MEJORÍA
UN GRADO DE DISCAPACIDAD SUPERIOR AL 33% COMO PENSIONISTA DE INCAPACIDAD PERMANENTE			
DIFICULTADES DE MOVILIDAD PARA UTILIZAR TRANSPORTES PÚBLICOS			

2. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	Nº NIF/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
	Hombre Mujer		
DOMICILIO		Nº /Blq / Escal / Piso / Pta...	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO 1 TELÉFONO 2
TIENE SEGURIDAD SOCIAL SÍ NO	TITULAR BENEFICIARIO/A		Nº DE SEGURIDAD SOCIAL

3. NOTIFICACIÓN

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (solo si es distinto del indicado en el apartado 2)			
DOMICILIO		Nº/Blq./ Escal./Piso/ Pta...	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
SI DESEA RECIBIR AVISOS DE LAS NOTIFICACIONES, INDIQUE EL MEDIO:			
CORREO ELECTRÓNICO		DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº de móvil...)	

4. DATOS DE LA PERSONA QUE OSTENTE SU REPRESENTACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	Nº. NIF/NIE
DOMICILIO		Nº / Blq. / Escal / Piso / Pta...	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO 1 TELÉFONO 2
RELACIÓN CON EL/LA INTERESADO/A		REPRESENTANTE LEGAL GUARDADOR DE HECHO	
PODER NOTARIAL O REPRESENTACIÓN. Nº DE PROTOCOLO			

5. DATOS DE LA DISCAPACIDAD QUE SE ALEGA

5.1. LA DEFICIENCIA O ENFERMEDAD CRÓNICA QUE LE AFECTA ES:					
FÍSICA	INTELLECTUAL	MENTAL	SENSORIAL	ENFERMEDAD RARA	
5.2. TIENE YA RECONOCIDO UN GRADO DE DISCAPACIDAD			SÍ	NO	
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE:	PORCENTAJE	PROVINCIA	FECHA		
5.3. TIENE RECONOCIDA PENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE IP (TOTAL, ABSOLUTA O GRAN INVALIDEZ) O PENSIÓN DE CLASES PASIVAS DE JUBILACIÓN O DE RETIRO POR IP PARA EL SERVICIO O INUTILIDAD				SÍ	NO
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE:	FECHA	ORGANISMO DECLARANTE			

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imserso cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.

Le informamos que de acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas, marque la siguiente casilla y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma:

AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA QUE OSTENTE LA REPRESENTACIÓN

De acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto. En caso de oponerse a estas consultas, marque la siguiente casilla y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que el Imserso como responsable del Fichero de personas con discapacidad y, en virtud de lo establecido en el artículo 28 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, ha adoptado las medidas legalmente exigidas en sus instalaciones, sistemas y tratamientos de datos de carácter personal, garantizando la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos personales evitando, en todo caso, el tratamiento o acceso no autorizado.

En ningún caso, los datos serán objeto de comunicación o cesión a terceros, sin contar con su consentimiento expreso, salvo en aquellos casos legalmente previstos, y serán utilizados para la tramitación de expedientes individualizados y el reconocimiento oficial de discapacidad o dictámenes técnicos exigidos para acceder a prestaciones o beneficios, sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizados (artículos 42 y 66 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y artículo 4 del texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social).

No obstante, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición de sus datos (artículos 13 a 18 de la citada Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre), a través de la correspondiente notificación al responsable del tratamiento, mediante escrito dirigido al Imserso, Avenida de la Ilustración s/n, c/v a la c/Ginzo de Limia 58, 28029 Madrid.

DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL IMSERSON EN

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.

DECLARACIÓN GUARDADOR DE HECHO

D./D^a.

, MAYOR DE EDAD,

CON DOMICILIO EN

CALLE/AVDA./PLAZA

PROVINCIA DE

, Y NIF/NIE/PASAPORTE N°

A LOS EFECTOS DE PODER REPRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMERSO) DE

, EN EL EXPEDIENTE DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD A FAVOR DE:

D./D^a.

HIJO/A DE

, Y DE

CON DOMICILIO EN

CALLE/AVDA./PLAZA

PROVINCIA DE

, Y NIF/NIE/PASAPORTE N°

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

1. QUE TIENE BAJO SU GUARDA Y CUIDADO A LA PERSONA ANTERIORMENTE CITADA POR LAS RAZONES QUE A CONTINUACIÓN SE EXPRESAN:
2. QUE A SU JUICIO DICHA PERSONA NO TIENE CAPACIDAD DE AUTOGOBIERNO.
3. QUE EL/LA PRESUNTO/A INCAPAZ TIENE LOS SIGUIENTES FAMILIARES:

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	DIRECCIÓN

4. QUE, EN EL SUPUESTO DE QUE PROSPERE LA SOLICITUD QUE TIENE FORMULADA EN NOMBRE DE LA PERSONA INDICADA, ASUME LA OBLIGACIÓN DE ADMINISTRAR LOS DERECHOS QUE PUDIERAN RECONOCERSE CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y EN INTERÉS DE LA MISMA. ASIMISMO, SE COMPROMETE A COMUNICAR CUALQUIER VARIACIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y FAMILIARES, YA QUE PUEDEN TENER INCIDENCIA EN LOS DERECHOS QUE, EN SU CASO, SE RECONOZCAN.
5. QUE PONDRÁ EN CONOCIMIENTO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMERSO) DE FORMA INMEDIATA CUALQUIER CAMBIO QUE, EN RELACIÓN A LA CUSTODIA DEL/DE LA PRESUNTO/A INCAPAZ, PUEDA ACAECER EN EL FUTURO

EN

A

DE

DE

FIRMA:

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN

ESCRIBA CON CLARIDAD PARA EVITAR ERRORES DE INTERPRETACIÓN, A SER POSIBLE EN ORDENADOR O CON LETRAS MAYÚSCULAS

- 1 Motivo de la solicitud:** Marque con una cruz el apartado por el que solicita el reconocimiento. En caso de situación de pensionista de la Seguridad Social por Incapacidad Permanente total, absoluta o gran invalidez y pensionista de Clases Pasivas de jubilación o de retiro por Incapacidad Permanente para el servicio o utilidad, consignar el apartado de solicitud de un grado superior al 33% dada su consideración de persona con discapacidad establecida por Ley.
- 2 Datos de la persona interesada:** Consigne todos los datos de la persona interesada; si ostenta doble nacionalidad, indíquelas en el apartado correspondiente.
- 3 Notificación:** En este apartado indique, por un lado, el domicilio a efectos de notificaciones solo si es distinto del indicado en el apartado 2 y, por otro, su correo electrónico o nº de teléfono móvil si desea recibir avisos de las notificaciones.
- 4 Datos de la persona que ostente su representación:** En caso de que la solicitud de reconocimiento de grado de discapacidad sea realizado por persona que ostente su representación, deberá cumplimentar los casilleros referidos al representante, señalando la relación de parentesco o legal que tenga con la persona solicitante.
- 5 Datos de la discapacidad que se alega:**

- Consigne el tipo o tipos de deficiencias o enfermedades crónicas que le afectan.
- Si ya tiene reconocido el grado de discapacidad, indique el grado declarado, el lugar y la fecha de la resolución, o bien, aporte copia de la resolución del grado reconocido.
- Deberá aportar obligatoriamente junto a la solicitud los informes médicos y psicológicos que avalen las deficiencias alegadas y/o que acrediten el agravamiento en caso de solicitud de revisión.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A LA SOLICITUD, EN EL SUPUESTO DE QUE SE OPONGA A QUE EL IMSERSO CONSULTE U OBTenga LOS DATOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

En el supuesto de que la persona solicitante o la persona que ostente su representación se opongan a que el Imserso consulte por medios electrónicos los datos consignados en la solicitud o los documentos necesarios para su resolución, deberá aportar, en su caso, la siguiente documentación:

• Copia del DNI/NIE	• Copia del DNI/NIE del representante o persona de contacto	• Copia del Libro de Familia
• Certificado de empadronamiento municipal	• En caso de guardador de hecho, impreso cumplimentado y firmado	• En caso de representante legal, documento acreditativo
• En su caso, copia certificado de discapacidad		

Para más información sobre este procedimiento, además de consultar la [Sede Electrónica del Imserso](#), puede dirigirse a:

Centro Base del Imserso en Ceuta

Avda. de África, s/n 51002 Ceuta
Tfnos.: +34 956 522 907 y +34 956 522 917
Fax: +34 956 504 440
Correo-e: cbceuta@imserso.es

Centro Base del Imserso en Melilla

Querol, 31 52004 Melilla
Tfnos.: +34 952 674 887 y +34 952 673 255
Fax: +34 952 691 703
Correo-e: cbmelilla@imserso.es