



Se recomienda **posicionarse** en los campos del presente formulario mediante la tecla **tabulador**. La tecla **insert** deberá estar en modo sobrescritura. A continuación proceda a escribir en el primer campo del formulario los datos requeridos. Una vez escrito salte al siguiente con la tecla tabulador.

**SOLICITUD RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD**

R.D. 1971/1999, de 23 de diciembre (BOE de 26 de enero de 2000. Corrección de errores 13 de marzo), R.D. 1169/2003, de 12 de septiembre (BOE de 4 de octubre de 2003), R.D. 1856/2009, de 4 de diciembre (BOE 26 de diciembre de 2009) y R.D. 174/2011, de 11 de febrero (BOE de 18 de febrero de 2011).

**I - DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellidos y nombre :

D.N.I./N.I.E.:

Nacido el (día, mes y año) :

Localidad : Provincia :

Domicilio (calle, número, código postal):

Localidad: Teléfono de contacto:

Indique si es titular  o beneficiario  de la Seguridad Social y, en su caso, número de la cartilla o tarjeta sanitaria :

**II.- MOTIVO DE LA VALORACIÓN (señálese con X lo que corresponda)**

Valoración inicial de Grado de Discapacidad  Revisión

¿Tiene reconocido Grado de Discapacidad? Sí  NO  Grado %

Si la respuesta es afirmativa indique la provincia:

**III.- EN CASO DE ACTUAR CON REPRESENTANTE, INDÍQUENSE SUS DATOS**

Apellidos y nombre:

D.N.I./N.I.E.:

Domicilio (calle, número, código postal):

Localidad: Teléfono de contacto:

Relación con el interesado:

Representante Legal

Guardador de Hecho



Gobierno  
de La Rioja

#### IV.- DOCUMENTOS A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

- Fotocopia del D.N.I./N.I.E. del solicitante y si es menor de 14 años, hoja de inscripción en el libro de familia.
- En su caso, fotocopia del D.N.I./N.I.E. del representante legal y del documento acreditativo de la representación legal o guardador de hecho.
- En caso de no tener nacionalidad española, fotocopia de la Tarjeta de Residente.
- Fotocopia de todos los informes médicos y psicológicos que avalen el diagnóstico.
- En caso de Revisión por agravamiento: Informes que acrediten dicho agravamiento.

**(IMPORTANTE: Junto con las fotocopias deben aportar los documentos originales para su compulsia)**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos de que los datos recabados en esta solicitud y en la documentación a adjuntar para la tramitación de la misma, serán incluidos en los ficheros de *Usuarios de Servicios Sociales y Administración de los usuarios de los servicios sociales*, cuyas finalidades son la gestión de los datos de los usuarios a los que se prestan los servicios y la de recabar datos identificativos y económicos para la administración de las actividades y servicios ofrecidos a los usuarios, respectivamente. Los datos solicitados son necesarios para cumplir con dicha finalidad y, por lo tanto, la no obtención de los mismos impide su consecución. La Consejería de Salud y Servicios Sociales es responsable de los ficheros, y como tal le garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos facilitados, para lo cual deberá dirigirse por escrito a: C/ Villamediana, nº 17, 26071, Logroño – La Rioja. De igual modo, se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos de acuerdo con la finalidad de los ficheros.

Le informamos de que la presentación de esta solicitud AUTORIZA a dicha Consejería a que se realice las verificaciones y las consultas a ficheros de titularidad pública que sean necesarias para acreditar los datos declarados y que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes y en concreto, a recabar los informes necesarios relativos a su situación (Consejería de Educación, SERIS, etc.) y para comprobar los datos de identidad personal a través de la Red de Comunicaciones de las Administraciones Públicas Españolas y en los términos previstos en el art. 37 de la Ley 58/2008, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. Igualmente autoriza a la cesión de sus datos a otros organismos del Gobierno de La Rioja, del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja y a las Administraciones Públicas tanto para la consecución de la finalidad con la que se recabaron como para el cumplimiento de las obligaciones legales del responsable de los ficheros.

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado/a de la obligación de comunicar a esta Consejería cualquier variación de los datos en ella expresados.

En ....., a ..... de ..... de 20...

Firmado:  
(persona interesada o su representante legal cuando proceda)

**EXCMO. SR. CONSEJERO DE POLÍTICAS SOCIALES, FAMILIA, IGUALDAD Y JUSTICIA**