Agencia Navarra de Autonomía y Desallorro de las Personas
Pertsonen Autonomiarako eta Garapenerako Nafarroako Agentzia
González Tablas, 7
31005 PAMPLONA/IRUÑA
Tel.: 902 16 51 70 / Tel.: 848 42 69 00
info.derechossociales@navarra.es

Nafarroako Gobernua
Gobierno de Navarra
Eskubide Sozialetako Departamentua
Departamento de Derechos Sociales

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD

R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre (B.O.E. de 26 de enero de 2000)

(Antes de cumplimentar los datos, lea las instrucciones que figuran en la página 3)

1.- DATOS DEL/LA INTERESADO/A

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
D.N.I.	Domicilio (calle, plaza, etc.)		
Cód. Postal	Localidad	Provincia	Teléfono
Estado civil	Sexo Hombre ☐ Mujer ☐	Fecha de nacimiento Día / Mes / Año	Nacionalidad

2.- DATOS DEL/LA REPRESENTANTE (si procede)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
D.N.I.	Domicilio (calle, plaza, etc.)		
Cód. Postal	Localidad	Provincia	Teléfono

REPRESENTANTE VOLUNTARIO ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ GUARDADOR/A DE HECHO ☐

3.- DATOS DE LA DISCAPACIDAD

LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA ES: FÍSICA ☐ PSÍQUICA ☐ SENSORIAL ☐

LA SOLICITUD DE VALORACIÓN ES:

☐ VALORACIÓN INICIAL

☐ REVISIÓN POR AGRAVAMIENTO/MEJORÍA. EN ESTE CASO INDIQUE:

- Grado de Discapacidad reconocido:
- Comunidad Autónoma y Provincia de valoración:
- Año de la valoración:
- Centro que realizó la valoración:

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

BORRAR

Agencia Navarra de Autonomía y Desallorro de las Personas
Pertsonen Autonomiarako eta Garapenerako Nafarroako Agentzia
González Tablas, 7
31005 PAMPLONA/IRUÑA
Tel.: 902 16 51 70 / Tel.: 848 42 69 00
info.derechossociales@navarra.es

4.- Motivo de la Valoración

INDIQUE EL **MOTIVO** DE LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO:

- ☐ Beneficios Fiscales (IRPF)
- ☐ Orientación Laboral
- ☐ Baremo de Movilidad
- ☐ Ayudas Extraordinarias
- ☐ Pensiones No Contributivas
- ☐ Prestación familiar por hijo a cargo
- ☐ Otros: Indicar motivo:.....

5.- Profesional de Orientación o Derivación:

☐ **Profesional de Trabajo Social**

· Servicio Social de Base

- Indique Localidad o Unidad de Barrio:.....

· Equipo de Atención Primaria.

- Indique Localidad o Centro de Salud:.....

· Otro Centro (Salud Mental, Hospital, Centro Residencial, etc.)

- Indique el Centro:.....

☐ Por indicación de **otros profesionales**.

· Indique el profesional:.....

· Indique el Centro:.....

☐ Por **propia iniciativa**

☐ **MANIFIESTO**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
- Que me comprometo a cumplir las obligaciones establecidas en la normativa reguladora de la prestación/servicio.
- Que conozco que la ocultación o falsedad de los datos es motivo de pérdida de prestación sin perjuicio del reintegro y de las responsabilidades que pudieran derivarse.
- Que me comprometo a comunicar al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra en el plazo de 15 días, desde la fecha que ocurra, la variación de cualquier circunstancia o dato que figure en esta solicitud, o aquellas otras circunstancias que puedan dar lugar a modificación de la situación de dependencia, incluido el ingreso hospitalario o asistencial.

☐ **AUTORIZO**

- Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra la verificación y consulta de ficheros públicos que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes para comprobar la concurrencia de los requisitos y circunstancias exigidos.
- Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra a comunicar datos contenidos en esta solicitud, a los solos fines históricos, estadísticos o científicos, a aquellas entidades de iniciativa social que desarrollen su actividad en el ámbito de la Comunidad Foral en colaboración técnica y/o económica con el citado Departamento, en las condiciones y con los límites establecidos en la normativa de protección de datos de carácter personal.
- De dorma evpresa w en evclusiva a los prodesionales sanitarios del Ėreano tčcnico competente previsto en el artdculo 6 del Peal Decreto /75/-/777* de 01 de diciembre* por el oue se reeula el procedimiento para el reconocimiento* declaraciĖn w calidicaciĖn del erado de discapacidad* a acceder a mi historia cldnica en los tčrminos previstos en la Jew Doral /5-0./.* de 6 de noviembre* de Derechos w Deberes de las personas en materia de salud en la Aomunidad Doral de Navarra* en la Jew 2/-0..0 de /2 de Noviembre* de Autonomda del Naciente* w con las earantdas previstas en la Jew MreĆnica /3-/777* de /1 de diciembre* de NrotecciĖn de Datos de AarĆcter Nersonal* w su normativa de desarrollo.
- Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra a recabar datos de los ficheros de las Entidades financieras con las que exista un Convenio de Colaboración en vigor, para calcular la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con la Resolución de 13 de julio de 2012 y su normativa de desarrollo, de la Secretaria de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
- Que para el mismo objeto, autorizo expresamente a las citadas Entidades financieras a ceder datos al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. En caso de que el beneficiario o su representante no desee hacer esta autorización y prefiera aportar Certificación única de cada una de las entidades bancar

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

(firma del interesado/a su representante)

SR./A. DIRECTOR/A GERENTE DE LA **AGENCIA NAVARRA DE AUTONOMÍA Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

BORRAR

Agencia Navarra de Autonomía y Desallorro de las Personas
Pertsonen Autonomiarako eta Garapenerako Nafarroako Agentzia
González Tablas, 7
31005 PAMPLONA/IRUÑA
Tel.: 902 16 51 70 / Tel.: 848 42 69 00
info.derechossociales@navarra.es

Nafarroako Gobernua
Gobierno de Navarra
Eskubide Sozialetako Departamentua
Departamento de Derechos Sociales

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- Antes de escribir lea detenidamente los apartados de la solicitud.
- Escriba con claridad y con letras mayúsculas.
- Presente con la solicitud todos los documentos indicados. Con ello evitará retrasos innecesarios.
- Es necesaria la respuesta de todas las preguntas planteadas.
- Las respuestas falsas o incompletas pueden suponer la negativa a su solicitud o una respuesta errónea.

1. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

En este apartado se consignarán todos los datos personales. Si Ud. ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.
En caso de extranjero residente en Navarra, en el apartado D.N.I. se consignará el número de residente.

2. DATOS DEL REPRESENTANTE

Este apartado únicamente se rellenará cuando la solicitud se firme por persona distinta del interesado/a.

3. DATOS DE LA DISCAPACIDAD.

a) Consigne el tipo o tipos de discapacidad que alega.

b) Si a usted ya se le ha reconocido con anterioridad grado de discapacidad marque ☒ en revisión e indique la provincia donde le ha sido reconocido, el año y el grado de discapacidad, así como el Centro que realizó la valoración. Si la resolución fue emitida por provincia distinta a ésta donde Ud. lo solicita, aporte fotocopia de la misma.

DOCUMENTACIÓN IMPRESCINDIBLE

- ❑ 1.- Fotocopia del D.N.I. de la persona interesada.
  En caso de que el interesado sea menor de edad, fotocopia del libro de familia.
  En caso de no tener Nacionalidad Española, fotocopia de la Tarjeta de Residente en vigor.
- ❑ 2.- Fotocopia de todos los informes médicos y/o psicológicos, actualizados, que posea.
  En caso de revisión, fotocopia de informes que acrediten agravamiento o mejoría.
- ❑ 3.- Fotocopia del D.N.I. del Representante Voluntario, Legal o Guardador de Hecho, si se ha cumplimentado este apartado.

OTRA DOCUMENTACIÓN

- ❑ 4.- Certificado de Convivencia.
- ❑ 5.- Fotocopia de la Declaración de Renta de todos los miembros de la unidad familiar o, en su defecto, justificación de ingresos (no es necesario justificar ingresos por Pensión no Contributiva, prestaciones de la LISMI, y/o Prestación Familiar por hijo a cargo).
- ❑ 6.- Fotocopia de documento de demanda de empleo, en caso de que se encuentre en situación de desempleo.

NOTA: En caso de no presentar alguno de los documentos de los Apartados 4, 5, y 6, los factores puntuables derivados de estos apartados no se tendrán en cuenta para la valoración.

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de la existencia del Fichero de Prestaciones y Servicios Sociales cuya finalidad es gestionar las ayudas y servicios demandadas al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, siendo esta entidad su organismo responsable y ante la cual podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los que la ley le faculta, remitiéndose para ello a la siguiente dirección, C/ González Tablas, nº 7. 31005. Pamplona.

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN