

SOLICITUD DE LA TARJETA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

ORDEN FAM/110/2017, de 15 de febrero, por la que se modifica la Orden FAM/859/2010, de 11 de junio, por la que se crea la Tarjeta acreditativa del grado de discapacidad y se regula el procedimiento para su expedición

I. Datos de la persona interesada

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____
Nombre _____ DNI/NIE _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Varón _____ Mujer _____
Domicilio en el que reside actualmente:
Calle/Plaza _____ Nº _____ Piso _____ Puerta _____
Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Móvil _____ E-mail _____

II. Datos de la persona que le representa

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____
Nombre _____ DNI/NIE _____
Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____ Móvil _____ E-mail _____

Representante en calidad de padre/madre o tutor de menor de 18 años

Como representante voluntario

Como representante legal

Como representante del presunto incapaz

III. Remisión de las notificaciones

Obligatorio en caso de que exista representante.

Domicilio

Calle/Plaza _____ Nº _____ Piso _____ Puerta _____

Localidad _____ Provincia _____

País _____ Código Postal _____

Correo electrónico: _____

IV. Datos de la Discapacidad

1- Tiene reconocido un grado de discapacidad: Si _____ No _____

En caso afirmativo indique _____ % porcentaje _____ Provincia _____ Fecha _____

2-Tiene reconocida pensión de la Seguridad Social de incapacidad permanente (total, absoluta o gran invalidez) o pensión de clases pasivas de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. En caso afirmativo indique:

Fecha _____ Organismo declarante _____

Incapacidad permanente total

Incapacidad permanente absoluta

Gran invalidez

Clases pasivas

V. Formato de la tarjeta

Marque esta casilla si desea formato Braille

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y en la documentación que se acompaña y que conozco mi obligación de comunicar a la Gerencia de Servicios Sociales de mi provincia o al Centro Base de Atención a personas con discapacidad cualquier variación que pudiera producirse en las circunstancias personales consignadas en esta solicitud.

CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS. Doy mi consentimiento, a los efectos de asegurar una correcta valoración de mi situación personal, familiar y social y conseguir la eficiencia y optimización de los recursos públicos sociales y sanitarios, para la utilización en este procedimiento de los datos y la información relativa a mis solicitudes y demandas de servicios sociales, así como de las valoraciones e informes existentes para el acceso al sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, para la cesión de datos personales y sanitarios de la Gerencia Regional de Salud a la Gerencia de Servicios Sociales y para la cesión de datos personales y relativos a la valoración del grado de discapacidad de la Gerencia de Servicios Sociales a la Gerencia Regional de Salud.

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO

**Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente**

- Sí** doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o por de otros medios, los datos de identidad y el de residencia a través del servicio de verificación de datos de identidad y del Servicio de Verificación de Datos de Residencia, respectivamente; y la percepción de prestaciones de la Seguridad Social a través de las Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social.
- No** doy mi consentimiento para la consulta de dichos datos. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del interesado / padre, madre o tutor de menor de 18 años / representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

Si la solicitud la firma el representante legal o representante de presunto incapaz, indique si autoriza la consulta telemática de sus datos de identidad (del representante) a través del servicio de verificación de datos de identidad. Si no autoriza, debe aportar copia del DNI/NIE.

Autorizo **No autorizo**

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a un fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León" cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable de este fichero es la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la Ley, por escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

GERENTE DE SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA Y LEÓN
GERENTE TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE _____ (desplegable)