




---

**SOLICITUD**


---

**RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD (Código de procedimiento: 69)**
**MOTIVO DE LA VALORACIÓN (señale con X lo que proceda)**
 Valoración inicial

 Revisión por agravamiento/mejoría

Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre (B.O.E. De 26 de enero de 2000)

Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre (B.O.E. de 3 de diciembre de 2013)

**1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE**

APELLIDOS Y NOMBRE:		SEXO:		DNI/NIE/NIF:			
		<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M				
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:	NUHSA (en caso de menor y no poseer DNI):					
DOMICILIO: TIPO DE VÍA:      NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:			PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:
TELÉFONO:		MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
¿ES USTED VÍCTIMA ACREDITADA DE VIOLENCIA DE GÉNERO?		EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FORMA DE ACREDITACIÓN (atestado policial, resolución judicial, informe fiscal, certificado sanitario):					
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:		SEXO:		DNI/NIE/NIF:			
		<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M				
RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR/A DE HECHO							
DOMICILIO: TIPO DE VÍA:      NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:			PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:
TELÉFONO:		MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			



## 2. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Marque sólo una opción.

- OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica:  
(Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).

TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:	MUNICIPIO:			PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					

- OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).

Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.

Correo electrónico: ..... Nº teléfono móvil: .....

- (1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones>.

## 3. DATOS DE LA DISCAPACIDAD

LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA ES:	<input type="checkbox"/>	FÍSICA	<input type="checkbox"/>	PSÍQUICA	<input type="checkbox"/>	SENSORIAL
TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD:	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	GRADO: .....	
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE PROVINCIA:	Y AÑO: .....					

## 4. DERECHO DE OPOSICIÓN

El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):

<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de mis <b>datos de residencia</b> de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y aporto certificado de empadronamiento.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de mis <b>datos de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Desempleo, y aporto documentación acreditativa de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de mis <b>datos de Familia Numerosa</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Familia Numerosa, y aporto copia del Libro de Familia Numerosa.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de mis <b>datos de condición de Pensionista por Invalidez del INSS/CLASES PASIVAS</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, y aporto Resolución del INSS/Certificado actualizado correspondiente.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de mis <b>datos de Educación a través del Sistema SÉNECA</b> , y aporto informes correspondientes actualizados de los Equipos Especiales de Educación.

## 5. CONSENTIMIENTO EXPRESO

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS  
Marque una de las opciones

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al último ejercicio fiscal, a través del sistema de verificación de datos de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.
- NO CONSENTE** y aporta la documentación acreditativa.



## 5. CONSENTIMIENTO EXPRESO (continuación)

### CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE SALUD

Marque una de las opciones:

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de Salud a través del sistema DIRAYA.
- NO CONSIENTE** y aporta informes médicos y/o psicológicos correspondientes.

### CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Marque una de las opciones:

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de Atención Infantil Temprana a través del sistema ALBORADA.
- NO CONSIENTE** y aporta la informe correspondiente del Centro de Atención Infantil temprana.

## 6. DOCUMENTACIÓN

Presento la siguiente documentación:

- Copia de todos los informes médicos y/o psicológicos que avalen la discapacidad alegada y no consten en el sistema DIRAYA.
- En caso de revisión por agravamiento: Copia de los informes que acrediten dicho agravamiento.
- Documentación acreditativa de la representación o guarda de hecho, en su caso.
- Copia del Libro de Familia (en caso de ser menor de edad).
- Copia de la tarjeta de residencia, o, en su defecto, de la solicitud de asilo o refugio (en caso de ser persona extranjera).

Y en el caso de haberme opuesto a su consulta/no prestado consentimiento en los apartados 4 y 5:

- Copia del DNI/NIE de la persona solicitante.
- Copia del DNI/NIE de la persona representante.
- Documentación acreditativa de mis datos de residencia.
- Informe Centro de Atención temprana.
- Informes médicos y/o psicológicos correspondientes.
- Documentación relativa a los datos IRPF del último ejercicio fiscal.
- Copia del Título de Familia Numerosa.
- Documentación acreditativa de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo.
- Informes actualizados Equipos de Orientación Educativa.
- Resolución del INSS/Certificado actualizado acreditativa de la condición de Pensionista por Invalidez del INSS/CLASES PASIVAS.

### DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Ejero el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			



## 6. DOCUMENTACIÓN (continuación)

### DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES

Ejero el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

Documento	Administración Pública y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## 7. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y **SOLICITA** el inicio del procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de su grado de discapacidad.

En ..... a ..... de ..... de .....  
**LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE**

Fdo.: .....

### CENTRO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

#### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la persona titular de la Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión, cuya dirección es Av. Hytasa, 14 CP: 41071 Sevilla
  - b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.cipsc@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.cipsc@juntadeandalucia.es)
  - c) Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento Reconocimiento del Grado de discapacidad, con la finalidad de: Tratamiento de datos de carácter personal de la ciudadanía para la concesión del reconocimiento de grado de discapacidad; la licitud de dicho tratamiento se basa en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento (artículo 6.1.e) del RGPD), consecuencia de lo establecido en la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
  - d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
  - e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal. La Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión contempla la cesión de datos a: Comunicación, bajo demanda, y dentro del Estado Español, a otras Administraciones Públicas y Órganos Judiciales.
- La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:  
<https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/218853.html>