

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD (GD)

TODOS LOS APARTADOS MARCADOS CON (*) SON OBLIGATORIOS.

Antes de cumplimentar la solicitud, lea las instrucciones adjuntas a la presente solicitud.

1. MOTIVO DE LA SOLICITUD (*)

☐ RECONOCIMIENTO INICIAL GRADO DE DISCAPACIDAD	REVISIÓN DEL GRADO POR: ☐ AGRAVAMIENTO ☐ MEJORÍA
☐ MOVILIDAD REDUCIDA/TARJETA DE ESTACIONAMIENTO	☐ OTROS:

2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA INTERESADA (*)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				DNI/NIE	
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____	SEXO ☐ HOMBRE ☐ MUJER	NACIONALIDAD				ESTADO CIVIL	
DOMICILIO DE RESIDENCIA (<i>Indique la dirección completa</i>)							
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	N.º	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	OTROS:
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA			
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		

3. DATOS DE LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA (*)

LA DEFICIENCIA O ENFERMEDAD CRÓNICA QUE LE CAUSA LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ES:	
☐ FÍSICA	☐ INTELECTUAL O DEL DESARROLLO ☐ PSÍQUICA ☐ SENSORIAL ☐ ENFERMEDAD RARA
TIENE YA RECONOCIDO UN GRADO DE DISCAPACIDAD: ☐ SÍ ☐ NO. <i>EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE:</i>	
GRADO ____ %	PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO ____ FECHA DE RECONOCIMIENTO ____/____/____

4. DATOS DE LA PERSONA QUE OSTENTE LA REPRESENTACIÓN

(Consignar los datos solo en el supuesto de que la solicitud se firme por persona distinta a la interesada y presentar Anexo -A-)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				DNI/NIE	
DOMICILIO DE RESIDENCIA (<i>Indique la dirección completa</i>)							
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	N.º	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	OTROS:
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA			
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		
RELACIÓN CON LA PERSONA INTERESADA		TIPO DE REPRESENTACIÓN (<i>Adjunte documentación acreditativa</i>)					
		☐ REPRESENTANTE LEGAL			☐ GUARDADOR/A DE HECHO		

5. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (Consignar obligatoriamente si difiere del indicado en el apartado 2)

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	N.º	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	OTROS:
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA			

AUTORIZACIONES DE LA PERSONA INTERESADA (*)

De conformidad con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en ausencia de oposición de la persona interesada, se procederá a verificar los datos que a continuación se relacionan, salvo que usted se oponga expresamente a que el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia realice dicha comprobación, en cuyo caso deberá aportar obligatoriamente la documentación acreditativa correspondiente:

- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad/nacionalidad, mis datos de identidad personal. Por ello, apporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.
- ☐ **No autorizo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Renta, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, apporto autoliquidación del último ejercicio fiscal del IRPF, cuyo plazo de presentación haya finalizado a fecha de presentación de esta solicitud.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de pensiones de la Seguridad Social, MUFACE, MUGEJU u otra entidad equivalente, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, apporto certificado expedido por el órgano competente donde consta el importe de mi pensión anual y el importe mensual del mes anterior a la fecha de registro de presentación de esta solicitud, indicando expresamente el número de pagos anuales.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos en materia de desempleo, los datos relativos a mi situación actual de desempleo. Por ello, apporto certificado expedido por el SEPE que acredite mi situación actual como demandante de empleo.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos en materia de prestaciones, mis datos relativos a mi prestación por desempleo. Por ello, apporto certificado expedido por el SEPE que acredite los importes de prestación por desempleo percibidos en el mes anterior a la fecha de registro de presentación de esta solicitud, indicando su duración.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos en materia de alta en la Seguridad Social. Por ello, apporto informe sobre la fecha de mi alta en la Seguridad Social.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos en materia de afiliación. Por ello, apporto mi certificado de afiliación a MUFACE.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de las Comunidades Autónomas mis datos sobre familia numerosa. Por ello, apporto certificado de familia numerosa.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de las Comunidades Autónomas mis datos sobre verificación y consulta de discapacidad. Por ello, apporto copia del documento expedido por el organismo público que tuviera atribuida la función del reconocimiento y calificación del grado de discapacidad.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos, mis datos relativos al grado y nivel de dependencia. Por ello, apporto resolución de grado y nivel de dependencia.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos, mis datos de domicilio o residencia. Por ello, apporto certificado actualizado de empadronamiento.
- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos, mis datos relativos a mi titulación académica. Por ello, apporto copia de mi titulación académica.

- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos en materia de terrorismo, mis datos referentes a mi condición de víctima de terrorismo. Por ello, apporto certificado para acreditar esta condición.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, al tratarse de datos de carácter especial,

- ☐ **AUTORIZO EXPRESAMENTE Y EN EXCLUSIVA** para que los profesionales de los equipos de valoración del CADEX correspondiente comprueben de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos del Sistema Público Sanitario de Extremadura, mis datos referentes a mi estado de salud.

(En caso contrario deberá aportar los informes médicos, psicológicos, de pruebas diagnósticas, etc., que avalen las condiciones de salud que puedan generar situaciones de discapacidad o agravamiento de las mismas)

En _____, a ____ de _____ de _____.

Fdo. La persona interesada.

Fdo. La persona que ostenta la representación legal.

En caso de imposibilidad física de firma por parte de la persona interesada, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia del personal funcionario competente que la diligencie.

Sr./Sra. Director/a del CADEX de: ☐ 06004, BADAJOZ. C/ Agustina de Aragón.18 – ☐ 10001, CÁCERES. Plaza de Gante, 3.

ANEXO -A-

AUTORIZACIONES REPRESENTANTES LEGALES.

Si la solicitud es firmada por representante legal o representante voluntario de la persona interesada:

- ☐ **Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad/nacionalidad, mis datos de identidad personal. Por ello, aporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma de la persona que ostenta la representación legal o voluntaria de la persona interesada.

ANEXO -B-

**DECLARACIÓN DE LA PERSONA GUARDADORA DE HECHO
(REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA)**

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO, DECLARACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración
y calificación del grado de discapacidad (B.O.E. n.º 22, de 26 de enero de 2000).

D./D.^a [], mayor de edad, con DNI/NIE [],
fecha de nacimiento [] y domicilio en [],
de la localidad [], C.P. [], provincia de [], con teléfonos de
contacto []

En calidad de [] [], a los efectos de poder representar ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
de la Junta de Extremadura, D./D.^a [], mayor de
edad, con DNI/NIE [], localidad de nacimiento [], provincia de []
y con domicilio en [], C.P. [],
de la localidad [], provincia de []

DECLARA bajo su responsabilidad:

- 1.º Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona interesada, anteriormente citada, o actuará como representante voluntario/o.
- 2.º Que pondrá en conocimiento de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta Extremadura de forma inmediata cualquier cambio que, en relación con la custodia de dicha persona, puede acaecer en el futuro.

En [], a [] de [] de 20 [].

Fdo. []

[1] Indique parentesco con respecto a la persona a la que se representa voluntariamente (hijalo, sobrinalo, nueralyerno, etc.).

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

Antes de cumplimentar la solicitud de Reconocimiento del Grado de Discapacidad, lea detenidamente sus apartados.

Escriba con letras mayúsculas y presente todos los documentos que, en su caso, se le indiquen.

Los campos marcados con un asterisco (*) deberán rellenarse obligatoriamente.

I. MOTIVO DE LA SOLICITUD.

- Marque con una cruz el apartado que informa del motivo por el que solicita el reconocimiento.

2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA INTERESADA.

- Consigne todos los datos de la persona interesada. Si ostenta doble nacionalidad, indíquelas en el apartado correspondiente.
- Se aconseja que, siempre que sea posible, se faciliten dos teléfonos de contacto. **En todo caso, es obligatorio facilitar al menos un número de teléfono. La citación podrá ser telefónica.**
- **Es obligatorio aportar debidamente cumplimentado el documento de Autorizaciones u oposición a la consulta y comprobación de datos de la persona interesada.**

3. DATOS DE LA DISCAPACIDAD QUE SE ALEGA.

- Consigne el tipo o tipos de deficiencias o enfermedades crónicas que le afectan. Si tiene ya reconocido grado de discapacidad, indique grado, lugar y fecha del reconocimiento.
- En el caso de haber sido reconocido por otra Comunidad o Ciudad Autónoma distinta de la actual, aporte Resolución del grado reconocido.
- En caso de manifestación expresa en contrario para que los profesionales de los equipos de valoración del CADEX correspondiente comprueben de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos Sanitarios del Servicio Extremeño de Salud, los datos referentes a su estado de salud, deberá aportar obligatoriamente, junto con la solicitud, informes médicos y psicológicos que avalen las deficiencias alegadas. De igual modo, informes que acrediten el agravamiento en caso de solicitar revisión.

4. DATOS DE LA PERSONA QUE OSTENTE LA REPRESENTACIÓN LEGAL.

- Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud sea firmada por persona distinta de la persona interesada, por ostentar la condición de representante legal (adjunte documento acreditativo) o voluntario (cumplimente y aporte el documento del Anexo -B-).
- **En tal supuesto, además deberá presentar debidamente consignado el Anexo -A- de autorización u oposición a la consulta y comprobación de datos personales.**

5. DATOS DE NOTIFICACIÓN.

- Es obligatorio cumplimentar el domicilio de notificación si los datos son distintos a los indicados en el apartado 2.

Para cualquier información que precise puede dirigirse a:

CADEX (BADAJOZ). Dirección: C/ Agustina de Aragón, 18. 06004, Badajoz. Teléfonos: 900 13 14 15 – 924 00 95 00 – 924 00 95 25. Correo electrónico: cadex.badajoz@salud-juntaex.es	CADEX (CÁCERES). Dirección: Plaza de Gante, 3. 10001, Cáceres. Teléfonos: 900 13 14 15 – 927 00 55 01. Correo electrónico: cadex.caceres@salud-juntaex.es
--	---

DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS. Se le informa que los datos facilitados en la presente solicitud, será tratados por la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, de conformidad con Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Responsable de la Junta De Extremadura: Director Gerente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Dirección: Avda. de la Américas 4. 06800 Mérida (Badajoz). Correo electrónico: dirgerencia.sepad@salud-juntaex.es. Teléfono: 924008530.

Finalidad con las que vamos a gestionar sus datos personales: Tramitación de los expedientes derivados de la Orden de 31 de enero de 2001, por la que se establece el procedimiento de actuación de los Centros Base para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Legitimación para el tratamiento de sus datos: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. (RGPD: 6.1.c).

Tiempo que se van a mantener sus datos personales: Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de esta aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentos.

Destinatarios a los que se comunicará sus datos: Otros organismos u órganos de la Administración Pública, sin precisar el previo consentimiento de la persona interesada, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal, aunque deberemos informar de este tratamiento a la persona interesada, salvo las excepciones previstas en el artículo 14.5 del RGPD.

Transferencias internacionales de datos: No están previstas transferencias internacionales de datos.

Sus derechos en relación con el tratamiento de datos: Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos, a acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado.

En determinados supuestos podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso solo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.

En determinados supuestos puede ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos, que serán entregados en un formato estructurado, de uso común o lectura mecánica a usted o al nuevo responsable de tratamiento que designe.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Dispone de formularios para el ejercicio de este derecho elaborados por la Agencia Española de Protección de Datos.

El plazo máximo para resolver es de un mes, a contar desde la recepción de su solicitud, pudiendo ser prorrogado dos meses más atendiendo al volumen de reclamaciones presentadas o a la complejidad de la misma.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos y con la finalidad de mantener sus datos actualizados, le agradecemos que nos lo comunique debidamente por escrito.