

SOLICITUD

1. MOTIVO DE LA SOLICITUD (señale con X lo que proceda)

<input type="checkbox"/> Reconocimiento del G.D.	Revisión por: <input type="checkbox"/> Agravamiento <input type="checkbox"/> Mejoría
<input type="checkbox"/> Reconocimiento de G.D. superior al 33% como Pensionista de Incapacidad Permanente	
<input type="checkbox"/> Dificultades de movilidad	

2. DATOS DEL SOLICITANTE

2.1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
NIF/NIE	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Nacionalidad
Localidad de nacimiento	Provincia de nacimiento	Fecha de nacimiento
Domicilio (Denominación de Vía pública, número, piso, escalera, letra...)		
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo Electrónico

2.2. DATOS DEL REPRESENTANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
NIF/NIE	Domicilio (Denominación de Vía pública, número, piso, escalera, letra...)	
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo Electrónico
Tipo de representación <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador de hecho <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor de menor de 18 años		

2.3. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos	NIF/NIE	
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)	Código postal	
Localidad	Provincia	País
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico

3. DATOS DE LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA

3.1. La discapacidad que alega es:			
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Intelectual	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Enfermedad rara
3.2. ¿Ha sido reconocido o calificado como persona con discapacidad?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, indique: Porcentaje		Provincia	Fecha
3.3. ¿Tiene reconocida pensión de la Seguridad Social de IP (Total, Absoluta o Gran Invalidez) o pensión de clases pasivas de jubilación o de retiro por IP para el servicio o inutilidad?			
		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, indique: fecha		organismo declarante	

4. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (ORIGINAL Y FOTOCOPIA PARA COMPULSAR)

Obligatoria	Otra documentación a aportar
<input type="checkbox"/> NIF/NIE del solicitante	<input type="checkbox"/> Informes médicos, psicológicos y pruebas de valoración recientes
<input type="checkbox"/> En caso de menores de 14 años, Libro de Familia	<input type="checkbox"/> Resolución de reconocimiento de Grado de Discapacidad anterior
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de representación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Resolución de incapacidad permanente	

5. EFECTOS DE LA SOLICITUD

SOLICITO el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad, si procede, a efectos de:

Beneficios fiscales Prestación por hijo a cargo Empleo Otros

6. DECLARACIÓN

DECLARO que son ciertos cuantos datos anteceden y los documentos que acompañan a la solicitud, así como los facilitados a los profesionales para la elaboración de la Resolución que proceda. Asimismo, autorizo a que estos datos puedan ser contrastados mediante consulta en los oportunos Ficheros Públicos.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo.:

La presentación de esta solicitud implica, a los efectos previstos en la **Ley Orgánica 15/ 1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal**, el consentimiento de los afectados para su inclusión en el Fichero correspondiente del Gobierno de Aragón, siendo tratados de forma totalmente confidencial y utilizados únicamente en el estricto cumplimiento de las funciones derivadas de la solicitud. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento y en los términos previstos en la legislación vigente, siendo responsable del fichero el Gobierno de Aragón.

SR/A. DIRECTOR/A GERENTE DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES

RECONOCIMIENTO, DECLARACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- Presente con la solicitud todos los documentos precisos; con ello evitará retrasos innecesarios.
- Debe quedar reflejado el lugar, la fecha y la firma del solicitante o su representante legal.

1. Datos del Solicitante: se consignarán todos los datos personales del posible beneficiario. Si ostenta doble nacionalidad, indique ambas en el apartado correspondiente.

2. Datos del representante: Este apartado únicamente se rellenará cuando la solicitud se firme por persona distinta del interesado, que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho, o padre/madre/tutor de un menor de 18 años.

3. Documentación imprescindible para iniciar el procedimiento:

- Solicitud debidamente cumplimentada y firmada. En caso de menores de 18 años y mayores incapacitados jurídicamente, la firma será la del representante legal. En los demás casos, firmará el solicitante.
- Fotocopia del NIF/NIE del solicitante. Si carece de él, por ser menor de 14 años, deberá aportar fotocopia del Libro de Familia.
- Otra documentación a aportar (punto 4 del impreso de solicitud): marque con una X la casilla de la documentación que acompaña a la solicitud. Las fotocopias deberán estar compulsadas o, en su defecto, se presentarán los originales para su compulsación.

Para más información:

LOCALIDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	E.MAIL
HUESCA	Centro Base	C/ Joaquín Costa, nº 26 – 22002	974 225 650	974 224 109	cbhuesca@aragon.es
TERUEL	Centro Base	Avda. Sanz Gadea, nº 2 – 44002	978 641 325	978 641 232	cbteruel@aragon.es
ZARAGOZA	Centro Base I	C/Santa Teresa, nº 19-21 – 50006	976 715 666	976 715 733	cbzaragoza@aragon.es
	Centro Base II	C/ P. Luis Cernuda, s/nº - 50018	976 742 823	976 529 950	cbactur@aragon.es