

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN****I. Datos identificativos del Menor**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
NIF / NIE / Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Nacionalidad
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, escalera)				Localidad
Provincia	Código Postal	Teléfono		Correo electrónico

**II. Datos personales del Solicitante**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF / NIE
Domicilio notificación (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)			Localidad
Provincia	Código postal	Teléfono	Correo electrónico
Relación con el Menor <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador de hecho			

**III. Domicilio a efectos de notificaciones**

Nombre y Apellidos		
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, escalera)		Localidad
Provincia	Código Postal	País
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico

**IV. Valoración y Reconocimiento de Grado de Discapacidad**

¿Ha sido reconocido o calificado como persona discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta ha sido afirmativa, cumplimente los siguientes datos:		
Grado reconocido	Provincia	Fecha última valoración

**V. Valoración y Reconocimiento de la situación de Dependencia**

¿Ha sido valorado y reconocido como dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta ha sido afirmativa, cumplimente los siguientes datos:			
Grado	Nivel	Provincia	Fecha última valoración

**VI. Servicio que deriva**

Nombre del Servicio, Entidad o Institución
Motivo

**VII. Atención que recibe**

Indique si ha recibido o está recibiendo algún tratamiento de Atención Temprana, tales como Estimulación Precoz, Psicomotricidad, Logopedia, Fisioterapia, Apoyo Escolar u otros.

 Sí

 No

Si la respuesta es afirmativa, indique:

Tratamiento

Servicio que lo presta

**VII. Documentación que se adjunta junto a esta solicitud**

Obligatoria

- Fotocopia del DNI / NIE del Menor o de su representante
- Hoja de Derivación / Acuerdo, cuando el menor sea derivado por el Centro Escolar, independientemente de que pudiera ser derivado por un Centro de Salud
- Hoja de derivación del Sistema de Salud
- Justificante de la representación legal, tutela o Guardador de hecho, en su caso
- Fotocopia del Libro de Familia

Otra documentación a aportar

- Informes facultativos de que se disponga
- Motivo de consulta o derivación
- Otra

**IX. Declaración**

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en esta solicitud y en los documentos que se acompañan y autorizo a que puedan ser contrastados mediante consulta en los oportunos Ficheros Públicos.

En

, a de

de 20

Firmado:

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD**

Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.  
Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación.  
Presente con la solicitud todos los documentos que se indican, pues con ello FACILITA EL INICIO de la atención que demanda.

**Datos personales del menor**

Rellenar todos los datos del recuadro referido a los datos del menor para el que se solicita el tratamiento de Atención Temprana.

**Datos personales del solicitante**

Se rellenarán todos los datos requeridos, especificando en que condición se solicita el tratamiento: como Padre o Madre, Tutor, Representante Legal o Guardador de Hecho del menor.

**Domicilio a efectos de notificaciones**

Con independencia de las direcciones que se citen en los recuadros correspondientes al Menor y al Representante Legal, TODAS las notificaciones que se le puedan cursar serán remitidas a la dirección que se indique en este recuadro.

**Reconocimiento de Grado de Discapacidad**

Si el menor tiene efectuada la valoración y el Reconocimiento de Grado de Discapacidad efectuado en otra Comunidad Autónoma, deberá adjuntar fotocopia de la Resolución, junto con el original, para su compulsión.

**Valoración y Reconocimiento de la situación de Dependencia**

Si el menor tiene efectuada la valoración y Reconocimiento de la situación de Dependencia, efectuado en otra Comunidad Autónoma, deberá adjuntar fotocopia de la Resolución, junto con el original, para su compulsión.

**Servicio que deriva**

En este recuadro se hará constar el ámbito desde el que se ha efectuado la detección de las dificultades del menor, haciendo constar el nombre del Servicio y el motivo de la solicitud. En caso de que el menor se encuentre ya escolarizado, se precisará Hoja de Derivación del Centro Escolar; si la derivación fuera efectuada por el Sistema de Salud, deberá presentar Hoja de Derivación del mismo.

**Atención que recibe**

Si el menor recibe o ha recibido algún tipo de atención, indíquelo así en este recuadro, así como el tratamiento y el Servicio que lo presta.

**Documentación que se adjunta**

Las fotocopias de los informes o pruebas presentadas que avalen la necesidad de tratamiento del menor deberán estar compulsadas o, en su defecto, presentar los originales para proceder a su compulsión.

**Más información**

Seguidamente se relacionan los Centros Base existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón, donde pueden obtener mayor información sobre este Programa:

Localidad	Dirección	Teléfono	Correo electrónico
Huesca	Joaquín Costa, 22 - 22002	974 225 650	cbhuesca@aragon.es
Teruel	Avda. Sanz Gadea, 2 - 44002	978 641 325	cbteruel@aragon.es
Zaragoza	Santa Teresa, 19-21 - 50006	976 715 666	cbzaragoza@aragon.es
Zaragoza	Poeta Luis Cernuda, s/n - 50015	976 742 823	cbactur@aragon.es