

**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	

\* **NOTA IMPORTANTE:** Si tiene reconocida la incapacidad permanente y desea solicitar únicamente la tarjeta acreditativa de discapacidad, es suficiente con que presente el modelo de solicitud de dicha tarjeta disponible en la página web del IASS, no siendo necesaria la presentación de esta solicitud.

**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 (O LOS REPRESENTANTES, EN SU CASO: Ver punto 2 Instrucciones)**

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		

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. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas

Apellidos y nombre:

DNI/NIE:

Correo electrónico:

Nº teléfono móvil:

Y marque sólo una de las dos siguientes opciones:

OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:

NIF/NIE	Domicilio (Denominación de Vía pública, número, piso, escalera, letra...)		
Código Postal	Localidad	Provincia	

OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT) del Gobierno de Aragón. En tal caso:

Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT)

Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT), por lo que AUTORIZO al Instituto Aragonés de Servicios Sociales a tramitar mi alta en el referido sistema.

### 3. CONSENTIMIENTO

Marque una de las opciones. En caso de no marcar ninguna se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28.2 Ley 39/2015 y artículo 6.1.e) del RGPD)

**SE AUTORIZA al** Instituto Aragonés de Servicios Sociales para que obtenga de cualquier Organismo o Administración Pública, directamente y/o por medios telemáticos a través de los servicios de verificación de datos y las plataformas de intermediación de datos, la información necesaria para el reconocimiento, declaración y calificación de grado de discapacidad, conforme a los requisitos de acceso y mantenimiento establecidos en la normativa vigente sobre consulta en los ficheros públicos existentes

**NO SE AUTORIZA A LA CONSULTA DE DATOS EN FICHEROS PÚBLICOS.** Si no se produce dicha autorización se requerirá que las personas interesadas aporten la documentación que corresponda.

### 4. 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	
3.4. ¿Tiene reconocida la situación de dependencia?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, indique: Porcentaje		Provincia	Fecha

#### 4. DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ADJUNTAR (en caso de no prestar el consentimiento del punto 3)

- Fotocopia del NIF/NIE del solicitante
- En el caso de menores de 14 años, fotocopia del Libro de Familia
- Documentación acreditativa de representación y, en su caso, de la filiación (ver punto 2 Instrucciones)
- Informes médicos, psicológicos y pruebas de valoración recientes
- En su caso, resolución de reconocimiento de Grado de Discapacidad anterior
- En su caso, documentación para acreditar la custodia (ver punto 2 Instrucciones)
- En su caso, resolución de reconocimiento de la incapacidad alegada
- En su caso, documentación para acreditar la custodia (ver punto 2 Instrucciones)
- En su caso, documentación para acreditar la custodia (ver punto 2 Instrucciones)
- En su caso, resolución de reconocimiento como Pensionista 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 previsto 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 términos previstos en la legislación vigente, siendo responsable el fichero del Gobierno de Aragón.

## 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.

Forman parte de la unidad familiar: el menor, el padre, la madre, el tutor o persona encargada de la guarda y protección del menor.

- En caso de divorcio, separación legal o de hecho de los progenitores, no se considerará miembro de la unidad familiar al progenitor que a la fecha de la solicitud no conviva con el menor.
- Cuando concurren situaciones de violencia de género, acreditadas mediante orden judicial de protección a favor de la víctima o sentencia condenatoria por hechos constitutivos de violencia de género cuando en la misma se acuerden medidas de protección a favor de la víctima, no se considerará miembro de la unidad de convivencia al padre al que se impongan las medidas de protección.
- El solicitante o lo solicitantes deberán comunicar en el plazo máximo de un mes cualquier modificación en la composición de la unidad familiar

#### **Documentos para acreditar la FILIACIÓN del solicitante.**

- Fotocopia del libro de familia, en el que aparezcan los progenitores y el menor para el que se solicita atención o Certificado Registral Individual.
- Fotocopia del Certificado literal de nacimiento del menor para el que se solicite la atención
- Fotocopia completa del Título de familia numerosa en vigor.
- Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE) en la que figuren los menores a cargo (los hijos o representados menores de edad no emancipados o incapacitados podrán figurar en la Tarjeta correspondiente al padre, madre o representante legal, si así se solicita por éstos, sin perjuicio de que aquéllos puedan ser titulares de un documento independiente.)
- En caso de personas que tengan a su cargo la tutela o acogimiento permanente o preadoptivo de los hijos/as, fotocopia completa de la resolución administrativa o judicial de tal extremo. Fotocopia de los documentos equivalentes del país de origen.

#### **Documentación para acreditar la CUSTODIA del menor en aquellos casos en que no se conviva con ambos progenitores, o en casos de MONOPARENTALIDAD, se aportará alguno de los siguientes documentos, según proceda:**

- Fotocopia completa del Título de familia numerosa en vigor.
- En caso de viudedad, fotocopia del certificado de defunción del cónyuge progenitor, en el supuesto de no figurar ésta circunstancia en el Libro de Familia.
- En la separación de hecho, se deberá presentar fotocopia o certificación acreditativa de alguno de los siguientes documentos:
  - \* documento notarial completo, que deberá tener fecha anterior a la Resolución.
  - \* justificante de interposición de demanda de separación. o otros documentos que avalen dicha situación.
  - \* se equiparán a la situación de separación de hecho, las situaciones de violencia de género acreditadas mediante orden judicial de protección a favor de la víctima o sentencia condenatoria por hechos constitutivos de violencia de género, cuando en la misma se acuerden medidas de protección a la víctima.
- Si la separación fuera legal o divorcio, deberá presentarse la fotocopia o certificación acreditativa de alguno de los siguientes documentos, de manera que, tanto si se presenta un documento como si se presenta otro, deberá constar la custodia del menor o menores para los que solicita prestación:
  - \* sentencia judicial COMPLETA que determine la custodia.
  - \* convenio regulador debidamente sellado y diligenciado,

- En el resto de supuestos de no convivencia con hijos/as en común, se deberá presentar fotocopia o certificación acreditativa del documento notarial completo o del justificante de interposición de demanda de pensión de alimentos a favor de hijos menores de edad, documento notarial de autorización de salida del país de origen y residencia en España del progenitor que no solicita la ayuda, o documento emitido por organismo oficial que avale cualquiera de estas situaciones.

### 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 5 del impreso de solicitud): marque con una X la casilla de la documentación que acompaña a la solicitud.

Para más información:

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