

3. Otras disposiciones

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

Orden de 13 de febrero de 2018, por la que se aprueba el modelo de solicitud del reconocimiento del grado de discapacidad.

El procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad se encuentra regulado por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, correspondiendo la aplicación de dicha norma en nuestra Comunidad Autónoma a la Junta de Andalucía, siendo la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, y el Decreto 258/2005, de 29 de noviembre, por el que se regulan la organización y funciones de los Centros de Valoración y Orientación de personas con discapacidad de Andalucía, las normas que atribuyen a estos Centros de Valoración y Orientación en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la valoración y calificación de la discapacidad, determinando su tipo y grado.

En consecuencia, esta Consejería aprobó, mediante Orden de 25 de febrero de 2011, el modelo de solicitud del reconocimiento del grado de discapacidad, habiéndose ahora estimado necesario actualizar el referido modelo vigente y adaptarlo a las disposiciones de la Ley 39/2015, de 1 octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Por otro lado, el Decreto 209/2015, de 17 de junio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, atribuye a la Dirección General de Personas con Discapacidad las actuaciones tendentes a la atención e integración social de las personas con discapacidad y, en particular, el desarrollo de actuaciones encaminadas a la valoración, orientación e integración de las personas con discapacidad.

En su virtud, a propuesta de la Dirección General de Personas con Discapacidad, en uso de las atribuciones conferidas por la disposición final primera del Decreto 258/2005, de 29 de noviembre,

D I S P O N G O

Artículo único. Aprobación.

Se aprueba el modelo de solicitud del reconocimiento del grado de discapacidad que se adjunta como Anexo I a la presente Orden.

Queda sin efecto la Orden de 25 de febrero de 2011.

Disposición final. Efectos.

La presente orden producirá sus efectos el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 13 de febrero de 2018

MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ RUBIO
Consejera de Igualdad y Políticas Sociales

00130321

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

MOTIVO DE LA VALORACIÓN (señale con X lo que proceda)

- Valoración inicial
 Revisión por agravamiento/ mejora
 Pensionista INSS

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

RDL 1/ 2013 de 29 de noviembre (B.O.E. de 3 de diciembre de 2013)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE					
APELLIDOS Y NOMBRE:					
FECHA NACIMIENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI/ NIE/ NIF:		NACIONALIDAD:	
DOMICILIO:					
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:				
KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:	C. POSTAL:
TELÉFONO:	MÓVL:	CORREO ELECTRÓNICO:			
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:					DNI/ NIE/ NIF:
RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE					
<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL			<input type="checkbox"/> GUARDADOR/ A DE HECHO		
¿ES USTED EMIGRANTE ANDALUZ/ ANDALUZA RETORNADO/ A?			EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA DE RETORNO DEFINITIVO:		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
DOMICILIO:					
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:				
KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:	C. POSTAL:
TELÉFONO:	MÓVL:	CORREO ELECTRÓNICO:			

2 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/ 2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de residencia de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/ NIE (en su caso)	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/ 2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/ NIE.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DESEMPLEO	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/ 2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo a través del Sistema de Verificación de Datos de Desempleo <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada de documentación acreditativa de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo.	

00130321



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 3)

ANEXO I

2	CONSENTIMIENTOS EXPRESOS (Continuación)	
CONSENTIMIENTO EXPRESO FAMILIA NUMEROSA		
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/ 2015, de 1 de octubre)		
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de Familia Numerosa a través del Sistema de Verificación de Datos de Familia Numerosa		
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Libro de Familia Numerosa.		
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE DATOS DE SALUD		
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/ 2015, de 1 de octubre)		
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de Salud a través del sistema DIRAYA		
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta informes médicos y/ o psicológicos correspondientes.		
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE DATOS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA		
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/ 2015, de 1 de octubre)		
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de Atención Infantil Temprana a través del Sistema ALBORADA		
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta informe correspondiente del Centro de Atención temprana.		
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE CONDICIÓN DE PENSIONISTA POR INVALIDEZ DEL INSS/ CLASES PASIVAS		
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/ 2015, de 1 de octubre)		
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de condición de Pensionista por Invalidez del INSS/ CLASES PASIVAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas		
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta Resolución del INSS/ Certificado actualizado correspondiente.		
CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE EDUCACIÓN		
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/ 2015, de 1 de octubre)		
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de Educación a través del Sistema SÉNECA		
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta informes correspondientes actualizados de los Equipos Especiales de Educación.		
3	LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN	
Marque sólo una opción.		
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:		
DOMICILIO NOTIFICACIONES:		
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:		
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:
BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:
PLANTA:	PUERTA:	
NÚCLEO DE POBLACIÓN:	PROMINCIA:	PAÍS:
CÓD. POSTAL:		
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notifio@ de la Junta de Andalucía.		
En tal caso:		
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notifio@		
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notifio@ por lo que AUTORIZO a la Consejería/ Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.		
Indique un correo electrónico y/ o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notifio@		
Apellidos y nombre:		DNI/ NIE:
Correo electrónico:		Nº teléfono móvil:
4	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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO GRADO:		
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE PROMINCIA: Y AÑO:		
5	DOCUMENTOS A APORTAR (Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsión)	
5.1	DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA	
<input type="checkbox"/> Fotocopia de todos los informes médicos y/ o psicológicos que avalen la discapacidad alegada.		
<input type="checkbox"/> En caso de revisión por agravamiento: Fotocopia de los informes que acrediten dicho agravamiento.		

001809/3D

00130321

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 3)

ANEXO I

5	DOCUMENTOS A APORTAR (Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsión) (Continuación)																				
5.2	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS																				
<input type="checkbox"/>	Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Consejería/ Agencia emisora o a la que se presentó</th> <th>Fecha de emisión o presentación</th> <th>Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Documento	Consejería/ Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó	1				2				3							
Documento	Consejería/ Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó																		
1																					
2																					
3																					
5.3	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES																				
<input type="checkbox"/>	Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Administración Pública</th> <th>Fecha emisión/ presentación</th> <th>Órgano</th> <th>Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Documento	Administración Pública	Fecha emisión/ presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó	1					2					3				
Documento	Administración Pública	Fecha emisión/ presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó																	
1																					
2																					
3																					

6	DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE	
Fdo:	

ILMO/A SR/A DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN
 Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/ 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/ impreso/ formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero parcialmente automatizado "VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD". Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de la solicitud.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Dirección General de Personas con Discapacidad. Avda. Hytasa, 14. 41071-SEVILLA.

001809/ 3D

00130321

