



Servicio Extremeño de  
Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia  
CADEX (Centro de Atención a la Discapacidad en Extremadura)

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD**

R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre (B.O.E. de 26 de enero de 2000)  
Orden 31 de Enero de 2001 (D.O.E. 8 Febrero 2001)

(Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones que figuran al dorso)

**I.- DATOS DEL INTERESADO**

1.- Motivo de la Valoración (señale con X lo que proceda)

Valoración inicial       Revisión por agravamiento       Revisión por mejoría

2.- Datos personales

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NÚM. D.N.I.
FECHA NACIMIENTO	SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DOMICILIO (C/ Plaza)	Nº / Blq. / Escal. / Piso / Pta.		CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO 1	
		TELÉFONO 2	
TIENE SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TITULAR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	Nº DE SEG. SOCIAL/OTROS	

3.- Datos de la discapacidad

LA DEFICIENCIA QUE ALEGA ES:	FÍSICA <input type="checkbox"/>	PSÍQUICA <input type="checkbox"/>	AUDITIVA <input type="checkbox"/>	VISUAL <input type="checkbox"/>
TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	GRADO <input type="checkbox"/>	
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE PROVINCIA	_____			Y AÑO _____

**II.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NÚM. D.N.I.
DOMICILIO	Nº / Blq. / Escal. / Piso / Pta.		CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO 1	
		TELÉFONO 2	
RELACIÓN CON INTERESADO	REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>	

DECLARO: Bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo:

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

**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 Bienestar Social le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de esta documentación o cualesquiera otra que se requiera para la tramitación de esta solicitud van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante el órgano correspondiente.

## **DOCUMENTACIÓN A APORTAR**

- Fotocopia compulsada del D.N.I. del interesado o, en su defecto, fotocopia del Libro de Familia.
- En sucaso, fotocopia compulsada del D.N.I. del Representante Legal y del documento acreditativo de la Representación Legal o Guardador de Hecho.
- Fotocopia compulsada de todos los informes médicos y psicológicos que posea.
- En caso de Revisión por agravamiento: Fotocopia compulsada de los informes actualizados que acrediten dicho agravamiento.

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLEMENTAR LA SOLICITUD**

- Antes de escribir lea detenidamente los apartados de la solicitud
- Escriba con claridad y con letras mayúsculas.
- Presente con la solicitud todos los documentos indicados. Con ello evitará retrasos innecesarios.

### **I.- DATOS DEL INTERESADO**

#### **1. Motivo de la valoración.**

Marque con una cruz el apartado por el que solicita el reconocimiento.

#### **2. Datos personales.**

En este apartado se consignarán todos los datos personales del solicitante. Si Vd. ostenta doble nacionalidad indique las dos en el apartado correspondiente.

En caso de extranjero residente en España, en el apartado D.N.I. se consignará el número de residente, debiendo aportar documento acreditativo de estar incluido en el sistema de la Seguridad Social Española.

#### **3. Datos de Discapacidad**

Consigne el tipo o tipos de discapacidad que alega. Si usted ha sido calificado como persona con Discapacidad indique la provincia de expedición del certificado y el año de emisión, así como el Centro de Valoración que lo emitió y aporte la fotocopia del mismo. Así agilizará la tramitación de su expediente.

### **II.- REPRESENTANTE LEGAL**

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. En este último caso se cumplimentará el modelo que le será facilitado.

### **III.- EFECTOS DE LA SOLICITUD**

Marque con una cruz en los apartados por los que solicita el reconocimiento.