

JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

MÉRIDA

26 DE OCTUBRE DE 2018

- * CADEX (Centro de Atención a la Discapacidad de Extremadura)
- * MADEX (Marco de Atención a la Discapacida de Extreadura)
- * PROCEDIMIENTOS Y
ACTUACIONES DE LOS CADEX

PROCEDIMIENTOS Y ACTUACIONES DE LOS CADEX

PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN LOS CADEX

- **Reconocimiento Inicial del Grado de Discapacidad.**
- **Revisión del Grado de Discapacidad por Agravamiento y/o mejoría.**
- **Informes para el acceso a Recursos diurnos y Residenciales.**
- **Derivación a tratamientos del MADEX: Atención Temprana y Habilitación Funcional.**

PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN LOS CADEX

- **Valoración de la Movilidad Reducida.**
- **Valoración para la obtención de la Tarjeta Estacionamiento.**
- **Pensionistas de Incapacidad Permanente.**
- **Traslados de Expedientes a otras Provincias.**
- **Reconocimiento del complemento de Ayuda de Tercera Persona.**
- **Recursos y Reclamaciones.**
- **Personas de Nacionalidad No Española.**

RECONOCIMIENTO INICIAL DEL GRADO DE DISCAPACIDAD. (RD 1971/1999)

- **Cumplimentación de la Documentación.**
- **Citación.**
- **Valoración del grado de discapacidad.**
- **Valoración en domicilio**
- **Valoración por informes.**

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)

(Datos de cumplimiento: los datos de 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 mejora

2.- Datos personales

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	N.ºM. D.N.I.
FICHA NACIMIENTO	SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DOMICILIO (C/ Pzta)		N.º / Btg. / Escal. / Pta. / 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"/>	N.º DE SEG. SOCIALES OTROS	

3.- Datos de la discapacidad

LA DEFICIENCIA QUE ALIEJA ES: FÍSICA PSÍQUICA ALTERNATIVA VISUAL

TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD: SI NO GRADO:

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE PROVINCIA _____ AÑO _____

II.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NUM. D.N.I.
DOMICILIO		N.º / Btg. / Escal. / Pta. / Pta.	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2
RELACIÓN CON INTERESADO	REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>	

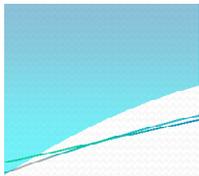
DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

En 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 el cumplimiento 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, podrá 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 su caso, 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.



REVISIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD POR AGRAVAMIENTO

- **Cumplimentación de la documentación.**
- **Estudio y valoración por parte del EVO:**
 - * **Desestimación (no concurren circunstancias de agravamiento)**
 - * **Continuación del procedimiento**

En caso de que proceda la revisión, se sigue el mismo procedimiento que para la valoración inicial.

ACCESO A RECURSOS DIURNOS Y RESIDENCIALES

- **Vía Decreto 45/2002 de 16 de abril.**
- **Vía Ley de Dependencia, Ley 39/2006 de 14 de diciembre**

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.F. / N.I.E.
Nacionalidad	Fecha Nacimiento (día / mes / año)	Domicilio: calle / plaza / avda	
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
Incapacitado legalmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Trámite			

2. DATOS DEL REPRESENTANTE:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.F. / N.I.E.
Domicilio: calle / plaza / avda			Provincia
Localidad	Relación/parentesco con el solicitante		

3. TIPO DE SERVICIO QUE SOLICITA:

<input type="checkbox"/> Servicio Residencial:	<input type="checkbox"/> Revisión	<input type="checkbox"/> Nuevo Ingreso	<input type="checkbox"/> Cambio de Servicio
<input type="checkbox"/> Ingreso permanente	<input type="checkbox"/> Traslado	<input type="checkbox"/> Permuta	<input type="checkbox"/> Estancia Temporal
<input type="checkbox"/> Situación de Emergencia	<input type="checkbox"/> Módulo Familiar		
CENTRO RESIDENCIAL QUE SOLICITA (especificar como máximo CUATRO):			
De no indicar ninguno quedará incluido/a en una Lista General para cualquier Centro donde se produzca vacante. En caso de renuncia al Centro adjudicado, implicará la exclusión de lista de todos los solicitados.			
<input type="checkbox"/> Servicio Diurno:	<input type="checkbox"/> Revisión	<input type="checkbox"/> Nuevo Ingreso	<input type="checkbox"/> Cambio de Servicio
<input type="checkbox"/> Traslado	<input type="checkbox"/> Permuta		
<ul style="list-style-type: none"> • Centro Ocupacional o Centro de Día / a valorar por los técnicos del CADEX, según perfil del usuario. • La adjudicación de Centro será tramitada por la Administración atendiendo a criterios de optimización de recursos (distancia, disponibilidad de plazas...) 			

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud
AUTORIZO a que estos datos puedan ser facilitados al Centro dispensador del Servicio.

En a de de Firma 

Director General de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia

06002 BADAJOZ - Unidad Periférica / Ronda del Pilar 10-2ª / 10001 CÁCERES - Unidad Periférica / Pza. Alférez Provisional 1

PROTECCIÓN DE DATOS: El cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Sanidad y Dependencia le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de esta documentación o cualquier otra que se registre para la tramitación de esta solicitud/ingreso 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 ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante el órgano correspondiente.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (marque con una X):

- Para solicitudes de ingreso en **Centro Residencial para Ingreso Permanente o Centros Diurnos** (Centro Ocupacional o Centro de Día):
 - Fotocopia compulsada del D.N.I./N.I.E. del solicitante y, en su caso, del representante legal.
 - En caso de tener reconocido el minusvalía en una Comunidad Autónoma, adjuntar copia de la solicitud de traslado de su expediente de reconocimiento de minusvalía.
 - En caso de no firmar la autorización del punto siguiente, adjuntar certificación expedida por la Agencia Tributaria de los Rendimientos de cada uno de los miembros de la unidad familiar.
 - Los personas abajo firmantes autorizan a la Consejería de Sanidad y Dependencia, a solicitar a la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos relativos a los rendimientos de cada uno de los miembros de la Unidad Familiar, con último efecto a la fecha de firma de esta solicitud (prevalece de cada uno de los miembros mayores de 16 años).

Solicitante	Apellidos y Nombre	N.I.F./N.I.E.	Firma
Preferido con el solicitante:			
Preferido con el solicitante:			

- Certificaciones de Pensiones y/o Prestaciones de cada uno de los miembros de la Unidad Familiar o Dedicación Jurada de no percibir ingresos.
- Informe Social de los Servicios Sociales de Base.
- Informe Médico, según modelo establecido.
- Copia de la Resolución Judicial de la Declaración de Incapacidad Legal y nombramiento de tutor.
- En el caso de solicitudes de ingreso en centros residenciales de personas incorporadas legalmente o en que se encuentren en trámite de incorporación: Autorización Judicial de Internamiento o en su defecto, documentación acreditativa de haberla solicitado.
- Certificado de empadronamiento expedido por un Ayuntamiento de la Comunidad Autónoma de Extremadura, haciendo constar en el mismo la antigüedad, que como mínimo será de DOCE (12) MESES anterior a esta solicitud, excepto en aquellos solicitantes que concurren las siguientes circunstancias:
 - Circunstancias laborales e integracionismo familiar de carácter excepcional, debidamente justificadas y acreditadas.
 - Solicitantes que, tras haber sido de la Comunidad Autónoma, judicial reconocida la condición de acambrado o transcurrido en situación de emergencia, contemplada en la Ley 5/2007 de Servicios Sociales de Extremadura, solicitan que aporten copia del expediente del Curso de Valoración de la Dependencia correspondiente a su lugar de residencia.

- Para solicitudes de ingreso en Centro por **Traslado** (sólo para usuarios que lleven más de UN año en el mismo Centro):
Según la causa alegada en la solicitud:

- Certificado de empadronamiento de los familiares (Cuanto la causa sea la proximidad al domicilio de familiares).
- Informe médico, social o psicológico del profesional del Centro donde está ingresado.

- Para solicitudes de ingreso en Centro Residencial por **Estancia Temporal** (en caso de nuevas solicitudes, aportar toda la documentación).

Si va hecho solicitud al ingreso:

- Informe Social de los Servicios Sociales de Base.
- Justificante que acredite la causa alegada.

- Para solicitudes de **Permuta** entre Centros de iguales características y régimen.

- Certificado del cambio, acreditando que ha permanecido al menos, un año en el mismo Centro.
- Otros documentos aportados voluntariamente, en apoyo de la solicitud.



DERIVACIÓN A TRATAMIENTOS DEL MADEX: ATENCIÓN TEMPRANA Y HABILITACIÓN FUNCIONAL.

- **Requisitos de los solicitantes.**
- **Tramitación de la Documentación de solicitud.**
- **Valoración por:**
 - **EVO (Equipo de Valoración y Orientación)**
 - **UPA (Unidad de Promoción de la Autonomía)**

SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE ATENCIÓN TEMPRANA O HABILITACIÓN FUNCIONAL

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE :

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.F. / N.I.E.
Nacionalidad	Fecha Nacimiento (día / mes / año)	Domicilio: calle / plaza / avda	
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
Incapacitado legalmente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Trámite		Dispone de reconocimiento de grado de minusvalía: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si → Indicar provincia emisora del reconocimiento: _____	

2. DATOS DEL REPRESENTANTE (Cumplimentar sólo cuando la solicitud la formule persona distinta del solicitante):

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.F. / N.I.E.
Domicilio: calle / plaza / avda		Localidad	
Provincia	Relación/parentesco con el solicitante		

3. TIPO DE SERVICIO QUE SOLICITA:

Atención Temprana (de 0 a 6 años)

Habilitación Funcional: Logopedia Psicomotricidad Terapia Ocupacional Fisioterapia Tratamiento Psicológico

4. DERIVADO DESDE:

Propia Iniciativa Centro de Salud Educación Servicios Sociales Asociación

Otros: _____

Nombre del Centro o Entidad: _____

5. ATENCIÓN QUE RECIBE :

Ha recibido o está recibiendo tratamiento de Atención Temprana o Habilitación Funcional :

No Si → Indicar Tratamiento y Centro: _____

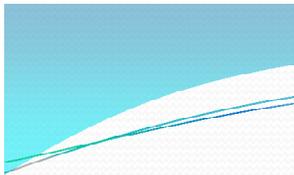
Asiste a Centro de Educación Especial: No Si → Indicar Centro: _____

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
AUTORIZO que estos datos puedan ser facilitados a la Entidad prestadora del Servicio.

En....., a de de Firma

SR/A. DIRECTOR/A DEL C.A.D.E.X. de: 06004 BADAJOZ/ Calle Agustina de Aragón, 18 10001 CÁCERES/ Plaza de Santos, 3

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 Sanidad y Dependencia le informa que sus datos personales obtendrán mediante la cumplimentación de esta documentación o cualesquiera otra que se requiera para la tramitación de esta solicitud/empreso 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.



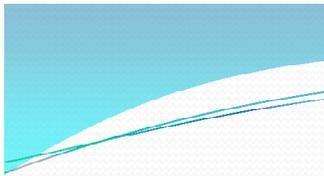
DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (marque con una x):

- Fotocopia compulsada del D.N.I. / N.I.E. del solicitante y, en su caso, del representante legal.
- En caso de tener reconocida la minusvalía en otra Comunidad Autónoma, adjuntar copia de la solicitud de traslado de su expediente de reconocimiento de minusvalía.
- Certificado de empadronamiento expedido por un Ayuntamiento de la Comunidad Autónoma de Extremadura, haciendo constar en el mismo la antigüedad, que como mínimo será de DOCE MESES anterior a esta solicitud, este último plazo no será exigible en aquellos solicitantes que concurren las siguientes circunstancias:
 - Para aquellos solicitantes del Servicio de Atención Temprana.
 - Circunstancias laborales o reagrupamiento familiar de carácter excepcional, debidamente justificadas y acreditadas.
 - Solicitantes que, residiendo fuera de la Comunidad Autónoma, tuvieran reconocida la condición de extremeñidad o Transúntes en situación de emergencia, según la Ley 5/1987 de Servicios Sociales de Extremadura. Teniendo que aportar copia del expediente del Centro de Valoración de la Discapacidad correspondiente a su lugar de residencia.
- Informes y/o pruebas de valoración actualizadas que avalen la necesidad del Tratamiento.
- Documentación aportada voluntariamente en apoyo de la solicitud.



MOVILIDAD REDUCIDA

- **Anexo II del RD 1971/1999.**
- **Beneficios fiscales.**
- **Obtención de la tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad**



REAL DECRETO 1056/2014, DE 12 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE REGULAN LAS CONDICIONES BÁSICAS DE EMISIÓN Y USO DE LA TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (Art. 3)

Apellidos y nombre: _____

Nº Expte: _____

Anexo II Real Decreto 1971/1999

- Baremo para determinar la existencia de dificultades para utilizar transportes públicos
- A) Usuario confinado en silla de ruedas SI NO
- B) Depende absolutamente de dos bastones para deambular SI NO
- C) Puede deambular pero presenta conductas agresivas molestas o de difícil control a causa de graves deficiencias intelectuales que dificultan la utilización de medios normalizados de transporte SI NO

- D) Deambular en terreno llano
- E) Deambular en terreno con obstáculos
- F) Subir o bajar un tramo de escaleras
- G) Sobrepasar un escalón de 40 cms.
- H) Sostenerse en pie en una plataforma de un medio normalizado de transporte

	Limitación de movilidad grave	Limitación de movilidad moderada	Limitación de movilidad leve	Limitación de movilidad grave
D)	0	1	2	3
E)	0	1	2	3
F)	0	1	2	3
G)	0	1	2	3
H)	0	1	2	3
TOTAL.....				

- Se considerará la existencia de dificultades de movilidad siempre que el presunto beneficiario se encuentre incluido en alguna de las situaciones descritas en los apartados A, B, o C.
- Si el solicitante no se encuentra incluida en ninguna de las situaciones anteriores, se aplicarán los siguientes apartados D, E, F, G, y H, sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de ellos. Se considerará la existencia de dificultades de movilidad siempre que el presunto beneficiario obtenga en estos apartados un mínimo de 7 puntos

Agudeza visual en el mejor ojo igual o inferior a 0,1 con corrección, o un campo visual reducido a 10 grados o menos..... SI NO

DEFINITIVO PROVISIONAL HASTA:

_____ Cáceres, a _____ de _____ de _____

Fdo.:



TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- RD 1056/2014 de 12 de diciembre:
 - * Anexo II RD 1971/1999.
 - * Agudeza visual
- Tarjeta de estacionamiento provisional (Razones humanitarias).

PENSIONISTAS DE INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL, ABSOLUTA O GRAN INVALIDEZ Y PENSIONISTAS DE CLASES PASIVAS.

- RDL 1/2013(Art. 4)
- Certificación de condición de persona con 33% de grado de discapacidad.
- Tarjeta acreditativa del grado de discapacidad.
- Otras prestaciones

TRASLADOS DE EXPEDIENTES ENTRE PROVINCIAS.

- **Traslado desde otras provincias a Extremadura.**
 - * **Certificado de Empadronamiento**
- **Traslado desde Extremadura a otras provincias.**

RECONOCIMIENTO DE COMPLEMENTO DE AYUDA DE TERCERA PERSONA.

- Requisitos:

- * Menor de 65 años
- * Tener Grado Discapacidad $\geq 75\%$
- * Tener Grado de Dependencia (I, II y/o III)

RECURSOS Y RECLAMACIONES



- Reclamaciones a la Resoluciones de Grado de Discapacidad o de Movilidad Reducida.
- Reclamaciones a las Resoluciones de Tratamientos de Atención temprana y/o Habilitación Funcional.

PERSONAS CON NACIONALIDAD NO ESPAÑOLA

- Ciudadanos Comunitarios
- Ciudadanos No Comunitarios.

**MUCHAS GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN**

CADEX BADAJOZ

C/ Agustina de Aragón, nº 18

06004 BADAJOZ

Telf. 924009500 Fax: 924009502

email: cadex.badajoz@salud-juntaex.es

CADEX CÁCERES

Plaza de Gante, nº 3. 10001 CÁCERES

Telf. 927005501 Fax: 927005500

email: cadex.caceres@salud-juntaex.es