



**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:**

<input type="checkbox"/> Atención Temprana ( de 0 a 6 años )
Habilitación Funcional: <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Psicomotricidad <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Tratamiento Psicológico

**4. DERIVADO DESDE:**

<input type="checkbox"/> Propia Iniciativa <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Asociación
Otros : _____
Nombre del Centro o Entidad: _____

**5. ATENCIÓN QUE RECIBE :**

Ha recibido o está recibiendo tratamiento de Atención Temprana o Habilitación Funcional : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si → Indicar Tratamiento y Centro: _____
Asiste a Centro de Educación Especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 **BADAJOS**/ Calle Agustina de Aragón, 18  10001 **CÁCERES**/ Plaza de Gantes, 3

**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 Transeúntes 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:

---

---

---