



## SOLICITUD DE TARJETA DE GRADO DE DISCAPACIDAD

### Datos de la persona solicitante.

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Fecha de Nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Estado Civil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si esta ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo Vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Localidad	Código Postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

### DATOS DEL REPRESENTANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Fecha de Nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años  Como representante voluntario   
 Como representante de un incapacitado judicial  Como Guardador de Hecho

### Señale como ha obtenido la condición de persona con discapacidad:

- Reconocimiento de grado de discapacidad por aplicación del RD 1971/1999 de 23 de diciembre ( IMAS)  
 Reconocimiento de invalidez Permanente total, absoluta o gran invalidez. INSS  
 Clases pasivas. Pensión de Jubilación o de Retiro por Incapacidad Permanente para el servicio o inutilidad.

### Domicilio a efectos de notificaciones

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S..

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo Vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Localidad	Código Postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					



## Notificaciones electrónicas.

- Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.
- Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es/> \*apartado consultas \* notificaciones electrónicas  
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Asimismo autorizo al **ImaS**, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:

- a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

@  .

- a través de un SMS en mi teléfono:

### TELEFONOS DE CONTACTO:

Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto, bien del propio solicitante o bien de familiares, vecinos u otras personas con las que poder gestionar la hora y día de citación en su entorno habitual.

Teléfono fijo 1

Teléfono móvil 1

Teléfono movil

¿La Discapacidad que alega es? Física  Psíquica  Sensorial

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:** Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

**QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR** al órgano competente en materia de Dependencia y/o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mí domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, nivel de ingresos, etc. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará, por medios electrónicos, los siguientes documentos, excepto que expresamente se oponga a la consulta.

Datos de Identidad, residencia, prestaciones sociales públicas  
incapacidad temporal y maternidad, Datos de salud.

***[ ] Me OPONGO\* a la consulta***

***Firma del/la interesado/a sólo si se opone a la consulta***

Así mismo, autorizo la cesión de datos de carácter personal de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, o a otras Administraciones o Entes públicos, para el ejercicio de sus competencias

(\*) En el caso de OPOSICIÓN a que el Órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos



## **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

### **Responsable del tratamiento de datos**

Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)  
GEAS-IMAS@listas.carm.es

### **Delegado de Protección de Datos**

CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A  
dpd.imas@carm.es

### **Finalidad del tratamiento de datos**

Acreditar de forma ágil y práctica el grado de discapacidad del titular de la tarjeta, teniendo a tal efecto la condición de documento probatorio. Con el objetivo de acreditar la movilidad reducida en los casos en que fuese necesario, en la tarjeta figurará si la persona titular de la misma tiene o no atribuida dicha condición.

### **Legitimación**

REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos Artículo 9.2 h).

### **Destinatarios de cesiones de datos**

Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, previa autorización de la cesión por el interesado.

### **Derechos del interesado**

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736.

### **Procedencia de los datos**

Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de la plataforma de interoperabilidad de la CARM con otras Administraciones Públicas y del Servicio Murciano de Salud en el caso de datos de salud.

### **Información adicional**

Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, residencia, defunción, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal y maternidad,... Datos de salud y de servicios sociales.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m)

En ..... a ..... de ..... de 20...

Fdo: .....



# **IMAS. Instituto Murciano de Acción Social**

Sr. Director General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión.-  
Ronda de Levante, 16. 30008-Murcia

## **REQUISITOS:**

Para solicitar la tarjeta acreditativa de grado de discapacidad, debe de estar reconocido como persona con discapacidad en un grado igual o superior al 33%, por alguno de los siguientes supuestos:

- Personas que tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%, valoradas por aplicación del RD 1971/1999, de 23 de diciembre.
- Pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez.
- Pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

## **DOCUMENTOS A APORTAR CON LA SOLICITUD:**

-Certificado de inscripción padronal actualizado que acredite residir en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Además:

***Si tiene Reconocido grado de discapacidad por aplicación del RD 1971/1999 de 23 de diciembre ( IMAS)***

- Certificado actualizado de grado de discapacidad.

***Si tienen reconocida una pensión por invalidez Permanente total, absoluta o gran invalidez.( INSS)***

- Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o certificado actualizado de ser beneficiario de pensión permanente total , absoluta o gran invalidez.

***Si pertenece a clases pasivas y tiene reconocida Pensión de Jubilación o de Retiro por Incapacidad Permanente para el servicio o inutilidad.***

- Resolución del Ministerio de Economía y Hacienda o del Ministerio de Defensa reconociendo una pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad o certificado actualizado que acredite dicha situación.