



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre (B.O.E. de 26 de enero de 2000)

Efectos para lo que se solicita: (Señale con lo que proceda)

VALORACIÓN INICIAL REVISIÓN POR AGRAVAMIENTO / MEJORÍA REVISIÓN POR FINALIZACIÓN DE PLAZO DE VALIDEZ

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"/>					

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

DOMICILIO A EFECTO 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 fijo 2

Teléfono fijo 3

Teléfono móvil 1

Teléfono móvil 2

Teléfono móvil 3

Datos Específicos Discapacidad.

1. ¿El solicitante tiene Seguridad Social? SI NO

En el caso de tener Seguridad social.....

Nº de Afiliación:

2. ¿El solicitante es pensionista de invalidez? SI NO

3. ¿El solicitante ha sido reconocido como persona con discapacidad? SI NO

En el caso de haber sido reconocido

Provincia

Año

4. ¿La Discapacidad que alega es? Física Psíquica Sensorial



Declaración y firma de la solicitud.

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 mi 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, defunción, 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.

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



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

Reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad y sus revisiones.

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, discapacidad, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal y maternidad, vida laboral y desempleo. Copia simple de poderes notariales. 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)



INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR 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. Si no presenta todos los documentos exigidos, se solicitará que los subsane en el plazo de 10 días. Transcurrido este plazo sin haberlos presentado, se considerará que desiste de su petición y se archivará el expediente.

1. Efectos para los que se solicita

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

2. Datos del interesado

En este apartado se consignarán todos los datos personales de la posible persona con discapacidad. Si Vd. Ostenta doble nacionalidad, indique las dos.

En el caso de no disponer de la nacionalidad española y residir en territorio español, consignar en el apartado D.N.I. el nº de residente.

3. Datos de la discapacidad

Consigne el tipo o tipos de discapacidad que alega.

Si Vd. ha sido calificado como persona con discapacidad, indique la provincia donde ha sido reconocido y el año.

4. Datos del Representante Legal.

Este apartado se cumplimentará cuando la solicitud sea firmada por persona distinta del interesado, por ser éste menor de edad o estar incapacitado.

En el caso de representación legal, se deberá adjuntar documento acreditativo de la representación.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR CON LA SOLICITUD

- Justificante del pago de la Tasa T-173.1 a nombre de la persona interesada cuando se trate de solicitudes iniciales. Este justificante deberá obtenerlo en las Oficinas Corporativas de Atención al Ciudadano de la Región (unidades de registro de cada Consejería y antiguas ventanillas de los Ayuntamientos de la Región) y, después de ingresar su importe en cualquiera de las entidades colaboradoras que aparecen en el citado impreso de autoliquidación, acompañarlo a esta solicitud
- Fotocopia del D.N.I. del solicitante en vigor
En los casos que proceda:
 - Menores de 18 años: Fotocopia Libro de Familia o partida de nacimiento en su defecto.
 - Extranjeros Comunitarios: certificado del Registro Central de Extranjeros que acredite la fecha de inicio de la residencia en España.
 - Extranjeros no comunitarios: certificado expedido por el órgano competente en materia de extranjería que acredite los periodos de residencia legal en España.
- En su caso, fotocopia del D.N.I. en vigor del Representante Legal y del documento acreditativo de la representación que ostenta.
- Fotocopia de todos los informes que acrediten la discapacidad alegada (indicando origen, medidas terapéuticas aplicadas y secuelas definitivas).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR CON LA SOLICITUD DE REVISIÓN.

- Si solicita revisión de su discapacidad, nuevo informe de salud que acredite el agravamiento.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES

Se presentarán en el Registro General del IMAS, sito en Ronda de Levante 16, 30008-MURCIA o en cualquiera de los previstos en el artículo 16.4 de la Ley 39 / 2015, de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.