

SOLICITUD

Valoración inicial Revisión por agravamiento Revisión por mejoría

I. DATOS DEL SOLICITANTE

I.1 Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
NIF/ NIE	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Nacionalidad		
Localidad de nacimiento		Provincia de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)					
Código postal	Localidad		Provincia		
Teléfono 1		Teléfono 2 (móvil)		Correo electrónico	

I.2 Datos del representante

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
NIF/ NIE	Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)				
Código postal	Localidad		Provincia		
Teléfono 1		Teléfono 2 (móvil)		Correo electrónico	
Tipo de representación <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador de hecho <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor menor de 18 años					

I.3 Domicilio a efectos de notificación

Nombre y apellidos			NIF / NIE		
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)				Código postal	
Localidad		Provincia		País	
Teléfono 1		Teléfono 2 (móvil)		Correo electrónico	

II. DATOS DE LA DISCAPACIDAD

La discapacidad que alega es: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial					
¿Ha sido reconocido o calificado como persona con discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
Si la respuesta anterior ha sido afirmativa, cumplimente los siguientes datos: Grado reconocido Provincia Año de reconocimiento					

III. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

<p>Obligatoria</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del DNI / NIE del solicitante</p> <p><input type="checkbox"/> En el caso de menores de 14 años, fotocopia del Libro de Familia</p> <p><input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación</p>	<p>Otra documentación a aportar</p> <p><input type="checkbox"/> Informes médicos, psicológicos y pruebas de valoración recientes</p> <p><input type="checkbox"/> Resolución de reconocimiento de Grado de Discapacidad anterior</p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	---

IV. SOLICITUD

SOLICITO el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad, si procede, a efectos de:

Beneficios fiscales Prestación por hijo a cargo Empleo Otros

V. DECLARACIÓN

Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden, los documentos que acompañan a la solicitud, así como los facilitados a los profesionales para la elaboración de la Resolución que proceda.

Asimismo, autorizo a que estos datos puedan ser contrastados mediante consulta en los oportunos Ficheros Públicos.

En, a de de 20....

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

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

I. Datos del solicitante

Datos personales

En este apartado se consignarán todos los datos personales del posible beneficiario. Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

En caso de extranjero residente en España, en el apartado DNI, se consignará el número de residente.

Datos de discapacidad

Consigne el tipo de discapacidad que alega. Si usted ha sido calificado como discapacitado, indique la provincia de expedición de la Resolución y año de emisión.

II. Datos del representante

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, o madre/padre/tutor de menor de 18 años..

III. Documentación imprescindible para iniciar el procedimiento

1. **Solicitud debidamente cumplimentadas y firmada.** En caso de menores de 18 años y mayores incapacitados jurídicamente, la firma será la del representante legal. En los demás casos deberá firmarla el solicitante.
2. **Fotocopia del DNI / NIE del solicitante.** Si se carece de él, por ser menor de 14 años, deberá aportar fotocopia del Libro de Familia.
3. **Otra documentación a aportar:**

Marque con una **X** la casilla correspondiente a la documentación que acompaña a esta solicitud. Las fotocopias deberán estar compulsadas o en su defecto, será preciso presentar los originales para su compulsada.

3.1 Informes médicos y/o psicológicos y pruebas de valoración recientes que justifiquen la discapacidad alegada.

3.2 Si padece alguno de los problemas siguientes: visuales, auditivos o neumológicos, el tipo de informe a aportar es:

Visual: Informe oftalmológico que contemple la agudeza visual con y sin corrección. Campo visual y movimiento ocular.

Auditivo: Audiometría actualizada.

Neumológico: Espirometría actualizada.

IV. Efectos de la solicitud

Marque con una **X** en el apartado por el que solicita el reconocimiento.

Debe quedar reflejado el lugar, la fecha y la firma del solicitante.

Para más información

Localidad	Centro	Dirección	Teléfono	Fax	E-mail
Huesca	Centro Base	C/ Joaquín Costa, 26 – 22002	974 225 650	974 224 109	cbhuesca@aragon.es

Localidad	Centro	Dirección	Teléfono	Fax	E-mail
Teruel	Centro Base	Avda. Sanz Gadea, 2 – 44002	978 641 325	978 641 232	cbteruel@aragon.es

Localidad	Centro	Dirección	Teléfono	Fax	E-mail
Zaragoza	Centro Base I	C/ Santa Teresa, 19-21 – 50006	976 715 666	976 715 733	cbzaragoza@aragon.es
Zaragoza	Centro Base II	C/ P. Luis Cernuda, s/n – 50018	976 742 823	976 529 950	cbactur@aragon.es