

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Real Decreto 1.971/1999, de 23 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Reconocimiento inicial       Revisión por agravamiento/mejoría      N° de expediente: .....

### Datos de Discapacidad

La discapacidad que alega es       Física       Psíquica       Sensorial

¿Tiene reconocido grado de discapacidad?       No       Sí      Grado.....

En caso afirmativo, indique provincia ..... y año .....

### Datos de dependencia

¿Tiene reconocida situación de dependencia?       No       Sí      Grado..... Nivel.....

En caso afirmativo, indique provincia ..... y año .....

### Datos personales

1er apellido		2º apellido					
Nombre		Nº identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/otro					
Fecha nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad			Teléfono		
Domicilio			número	bloque	escalera	piso	puerta
Localidad		Municipio		C. Postal	Provincia		
¿Tiene Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario		Nº afiliación SS			
¿Tiene reconocida la incapacidad legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				En caso afirmativo rellene el reverso			

### Centro de Evaluación, Valoración y Orientación (EVO).

Plaza de Cañadío, s/n.- 39003 SANTANDER (Cantabria). Teléfono: 942-20.87.17/87.00. Fax: 942-20.87.01

**Datos de la persona que ostenta la representación legal**

1er apellido		2º apellido					
Nombre		Nº identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Otro					
Fecha nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	nacionalidad			Teléfono		
Domicilio		número	bloque	escalera	piso	puerta	
Localidad	Municipio	C. Postal		Provincia			
Relación con la persona solicitante <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Persona guardadora de hecho							

**Datos de incapacidad laboral**

¿Tiene reconocida Incapacidad laboral permanente de la Seguridad Social en los grados siguientes?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
En caso afirmativo especificar: <input type="checkbox"/> Permanente total <input type="checkbox"/> Permanente absoluta <input type="checkbox"/> Gran invalidez			

*DECLARO que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud. acepto que el ICASS podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho.*

*AUTORIZO al ICASS a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de julio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos. (\*)*

*DNI/NIE de la persona solicitante.*

*DNI/NIE del representante.*

**SOLICITA** el oportuno reconocimiento por el Equipo de Evaluación, Valoración y Orientación competente a los efectos de la declaración del grado de discapacidad.

Fecha y firma del interesado/a o de la persona que ostenta la representación.

## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL IMPRESO DE 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 evitarán retrasos.

### DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

- Original y fotocopia del DNI/ NIE de la persona solicitante ( *\* En caso de autorización de consulta, no es necesaria la presentación de esta documentación*)
- Para menores sin DNI/NIE, libro de familia y DNI/NIE del representante legal.
- Para personas extranjeras sin NIE, acreditación administrativa de residencia en España.
- En caso de tener representante legal DNI/NIE de la persona que ostenta la representación legal y documento administrativo de la misma.
- Original y fotocopia de la Tarjeta Sanitaria de la persona solicitante.
- Original y fotocopia de los informes médicos y/o psicológicos recientes emitidos por profesionales de la Red Pública que avalen las deficiencias alegadas.
  
- En caso de incapacidad laboral, original y fotocopia de la resolución del reconocimiento de la misma.
- En caso de estar en situación de desempleo, original y fotocopia de la tarjeta de demandante de Empleo.
- En caso de tener reconocida la situación de dependencia y obrar el expediente en otra CC AA, original y fotocopia de la resolución de dependencia.

#### IMPORTANTE

El proceso patológico que da origen a la deficiencia ha de haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado.

El diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo. Las pautas de valoración estarán basadas en la severidad de las consecuencias de la enfermedad en las actividades de la vida diaria.

La deficiencia ocasionada por enfermedades que cursan en brotes debe ser evaluada en los periodos intercríticos. Para la valoración de las consecuencias de este tipo de enfermedades se incluyen criterios de frecuencia y duración de las fases agudas.