



# SOLICITUD

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

0698-11

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

### 1 - Efectos para los que se solicita (Señale lo que proceda)

Valoración Inicial  Revisión por Agravamiento / Mejoría  Revisión por finalización de plazo de validez

### 2 - Datos del interesado

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
NIF \_\_\_\_\_ Vía \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Portal \_\_\_\_\_ Escalera \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Sexo  Mujer  Hombre Estado Civil \_\_\_\_\_  
Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
Tiene Seguridad Social \_\_\_\_\_ N° Afiliación \_\_\_\_\_ Es pensionista de Invalidez \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

### 3 - Datos de la discapacidad

La discapacidad que alega es  Física  Psíquica  Sensorial  
¿Ha sido reconocido como persona con discapacidad?  Sí  No En caso afirmativo, Indicar:  
Provincia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

### 4 - Datos del Representante Legal

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ Vía \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Portal \_\_\_\_\_ Escalera \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

### 5 - Declaro

Bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado de la obligación de comunicar al Instituto Murciano de Acción Social cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

### 6 - Autorizo

Al IMAS para solicitar de los Organismos Públicos cuantos certificados relativos a mi situación sean necesarios para tramitar la presente solicitud, así como para la recopilación de los mismos y su incorporación a ésta.

Firma del interesado

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La información personal que va Ud. a proporcionar en este formulario se integrará en un fichero de datos personales destinado a la gestión del procedimiento, actuación o trámite administrativo de que se trate. El responsable de dicho fichero es: IMAS, sito en C/ Alonso Espejo, Nº 7 - 30071 MURCIA, ante el que podrá Ud. ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

## INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA SOLICITUD

- . Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.
- . Presente con la solicitud todos los documentos indicados. Con ello evitará retrasos innecesarios.
- . Presente las fotocopias compulsadas o los documentos originales para su compulsación

### 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

- . Fotocopia compulsada del D.N.I.
- . En su caso, fotocopia compulsada del D.N.I. del Representante Legal y del documento acreditativo de la representación que ostenta.
- . En el caso de no tener nacionalidad española, fotocopia compulsada de la Tarjeta de Residente.
- . Fotocopia compulsada de todos los informes que acrediten la discapacidad alegada (indicando origen, medidas terapéuticas aplicadas y secuelas definitivas).
- . Si es pensionista de invalidez: fotocopia compulsada de la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) reconociendo la condición de pensionista por incapacidad permanente total, absoluta o gran Invalidez. O fotocopia compulsada de la 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.

## EL IMAS LE INFORMA

- . Esta solicitud va a ser tratada con medios informáticos.
- . Los datos personales aportados por Vd. serán custodiados por este Instituto.
- . La inclusión de datos falsos, puede ser constitutivo de delito.

## 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 38.4 de la Ley 30 / 1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**NOTA INFORMATIVA:** Los datos consignados en el expediente incoado en virtud de la presente solicitud, serán incorporados a un fichero automatizado con la exclusiva finalidad de la resolución de éste, y cuyo tratamiento es responsabilidad de la Dirección del IMAS.