



PROCEDEMENTO RECOÑECEMENTO DO GRAO DE DISCAPACIDADE, R.D. 1971/1999, de 23 de decembro (BOE do 26-1-2000 corrección de erros BOE de 13-3-2000), R.D. 1856/2009 (BOE do 26-12-2009)	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS611A	DOCUMENTO SOLICITUDE
--	---	--------------------------------

(ANTES DE CUMPRIMENTAR OS DATOS LEA AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN AO DORSO)

I. DATOS DO INTERESADO

1.- MOTIVO DA VALORACIÓN (SINALE CUN X O QUE PROCEDA)					
VALORACIÓN INICIAL <input type="checkbox"/>		REVISIÓN POR: CADUCIDADE <input type="checkbox"/> AGRAVAMENTO <input type="checkbox"/> MELLORÍA <input type="checkbox"/>			
2.- DATOS PERSOAIS					
1º APELIDO		2º APELIDO		NOME	
DNI/NIE		DATA DE NACEMENTO		SEXO HOME <input type="checkbox"/> MULLER <input type="checkbox"/>	
NACIONALIDADE/S		ESTADO CIVIL			
ENDEREZO				Nº, BLQ., ESCAL., PISO, PTA	
CÓDIGO POSTAL		MUNICIPIO		PROVINCIA	
TELÉFONO / MÓBIL		TEN SEGURIDADE SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Nº DA SEGURIDADE SOCIAL	
TITULAR <input type="checkbox"/>		BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>			
3.- DATOS DA DISCAPACIDADE					
A MINUSVALIDEZ QUE ALEGA É FÍSICA <input type="checkbox"/> PSÍQUICA <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/>					
DESCRICIÓN					
TEN RECOÑECIDO O GRAO DE DISCAPACIDADE SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SE A RESPONSTA É AFIRMATIVA, INDIQUE EN QUÉ PROVINCIA _____ E ANO _____					

II. DATOS DO REPRESENTANTE

1º APELIDO		2º APELIDO		NOME		DNI / NIE	
ENDEREZO				Nº, BLQ., ESCAL., PISO, PTA			
CÓDIGO POSTAL		MUNICIPIO		PROVINCIA		TELÉFONO / MÓBIL	
RELACIÓN CO INTERESADO				REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		GARDADOR DE FEITO <input type="checkbox"/>	

DECLARO:

Baixo a miña responsabilidade que son certos os datos consignados nesta presente solicitude e autorizo a que se realicen consultas en arquivos públicos para acreditarlos, incluído o meu historial clínico.

Os datos facilitados van ser tratados informaticamente, tendo vostede dereito ao seu acceso, rectificación e cancelación de conformidade coa Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.

_____, de _____ de _____

Asinado,

ÁREAS XEOGRÁFICAS DE ATENCIÓN DAS SECCIÓNS DE CUALIFICACIÓN E VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES

PROVINCIA DA CORUÑA

SECCIÓN DE CUALIFICACIÓN E VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES: **A CORUÑA**

Enderezo: Edificio Administrativo, ala sur de Monelos – Plaza Luis Seoane s/n – 15008 A Coruña

Area xeográfica de atención:

Concellos

ABEGONDO	CARNOTA	FISTERRA	NEGREIRA	RIBEIRA
ARANGA	CARRAL	FRADES	OLEIROS	SADA
ARTEIXO	CEE	IRIXOA	ORDES	SANTA COMBA
ARZÚA	CERCEDA	LAXE	OROSO	SANTISO
BERGONDO	CESURAS	LARACHA (A)	OUTES	SOBRADO
BETANZOS	COIROS	MALPICA DE BERGANTIÑOS	OZA DOS RIOS	TOQUES
BOIMORTO	CORCUBIÓN	MAZARICOS	PADERNE	TORDOIA
BOIRO	CORISTANCO	MELIDE	PINO (O)	TOURO
CABANA DE BERGANTIÑOS	CORUÑA (A)	MESIA	POBRA DO CARMIÑAL (A)	TRAZO
CAMARIÑAS	CULLEREDO	MIÑO	PONTECESO	VAL DO DUBRA
CAMBRE	CURTIS	MUROS	PORTO DO SON	VILASANTAR
CARBALLO	DUMBRIA	MUXIA	RIANXO	VIMIANZO
				ZAS

SECCIÓN DE CUALIFICACIÓN E VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES: **FERROL**

Enderezo: Edificio Administrativo, Praza Camilo José Cela, s/n – 15043 Ferrol

Area xeográfica de atención:

Concellos

ARES	CEDEIRA	MAÑÓN	NARÓN	PONTE (AS)
CABANAS	CERDIDO	MOECHE	NEDA	SAN SADURNIÑO
CAPELA (A)	FENE	MONFERO	ORTIGUEIRA	SOMOZAS (AS)
CARIÑO	FERROL	MUGARDOS	PONTEDEUME	VALDOVIÑO
				VILARMAIOR

SECCIÓN DE CUALIFICACIÓN E VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES: **SANTIAGO**

Enderezo: Praza de Europa 2º 10 A – Área Central – 15703 Santiago de Compostela

Área xeográfica de atención:

Concellos

AMES	BOQUEIXÓN	DODRO	NOIA	ROIS	TEO
BAÑA (A)	BRIÓN	LOUSAME	PADRÓN	SANTIAGO	VEDRA

PROVINCIA DE LUGO

SECCIÓN DE CUALIFICACIÓN E VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES DE **LUGO**:

Enderezo: Rúa Serra dos Ancares 68 baixo – 27003 Lugo

Área xeográfica de atención: toda a provincia.

PROVINCIA DE OURENSE

SECCIÓN DE CUALIFICACIÓN E VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES DE **OURENSE**:

Enderezo: Rúa Sáenz Díez 33 – 32003 Ourense

Área xeográfica de atención: toda a provincia.

PROVINCIA DE PONTEVEDRA

SECCIÓN DE CUALIFICACIÓN E VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES DE **PONTEVEDRA**:

Enderezo: Rúa Cruz Roja 9 – 36002 Pontevedra

Área xeográfica de atención:

Concellos

AGOLADA	CERDEDO	ILLA DE AROUSA (A)	POIO	SANXENXO
BARRO	COTOBADA	LALÍN	PONTE CALDELAS	SILLEDA
BUEU	CUNTIS	LAMA (A)	PONTECESURAS	SOUTOMAIOR
CALDAS DE REIS	DOZÓN	MARÍN	PONTEVEDRA	VALGA
CAMBADOS	ESTRADA (A)	MEAÑO	PORTAS	VILABOA
CAMPOLAMEIRO	FORCAREI	MEIS	RIBADUMIA	VILA DE CRUCES
CATOIRA	GROVE (O)	MORAÑA	RODEIRO	VILAGARCIA DE AROUSA
				VILANOVA DE AROUSA

SECCIÓN DE CUALIFICACIÓN E VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES DE **VIGO**:

Enderezo: Rúa Conde de Torrecedeira 99 baixo – 36202 Vigo

Área xeográfica de atención:

Concellos

ARBO	CRECENTE	MONDARIZ	OIA	ROSAL (O)
BAIONA	FORNELOS DE MONTES	MONDARIZ BALNEARIO	PAZOS DE BORBÉN	SALCEDA DE CASELAS
CANGAS	GONDOMAR	MOS	PONTEAREAS	SALVATERRA DO MIÑO
CAÑIZA (A)	GUARDA (A)	NEVES (AS)	PORRIÑO	TOMIÑO
COVELO (O)	MOAÑA	NIGRÁN	REDONDELA	TUI
				VIGO

DOCUMENTACIÓN IMPRESCINDIBLE QUE SE DEBE XUNTAR Á SOLICITUDE

- FOTOCOPIA COMPULSADA DO DNI DO INTERESADO (NO SEU DEFECTO, LIBRO DE FAMILIA OU PARTIDA DE NACEMENTO). NO CASO DE ESTRANXEIROS: FOTOCOPIA COMPULSADA DA TARXETA DE RESIDENTE.
- FOTOCOPIA COMPULSADA DOS INFORMES MÉDICOS OU PSICOLÓXICOS QUE AVALEN AS DISCAPACIDADES ALEGADAS. NO CASO DE REVISIÓN POR AGRAVAMENTO OU MELLORÍA: FOTOCOPIA COMPULSADA DOS INFORMES QUE ACREDITEN DITO AGRAVAMENTO OU MELLORÍA.
- SE É O CASO, FOTOCOPIA COMPULSADA DO DNI/NIE DO REPRESENTANTE E DO DOCUMENTO ACREDITATIVO DA REPRESENTACIÓN LEGAL OU GARDA DE FEITO.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

A) NECESARIOS PARA A VALORACIÓN SOCIAL

FACTOR ECONÓMICO

- CERTIFICADO DE CONVIVENCIA DA UNIDADE FAMILIAR.
- XUSTIFICANTE DE INGRESOS DO INTERESADO E CONVIVINTES (FOTOCOPIA DO IRPF, NÓMINAS, ETC ...)
- XUSTIFICACIÓN DE GASTOS, SE É O CASO:
 - A) GASTOS DE VIVENDA (ALUGUER, AMORTIZACIÓN 1ª VIVENDA, DESAFIUZAMENTO, ELIMINACIÓN DE BARREIRAS ARQUITECTÓNICAS).
 - B) GASTOS EXTRAORDINARIOS DE CARÁCTER PROLONGADO (EDUCATIVOS, SANITARIOS, OUTROS).

FACTOR LABORAL

PARA OS SOLICITANTES DESEMPREGADOS (TARXETA DE DEMANDANTE DE EMPREGO).

NOTA: Todas as fotocopias deberán estar compulsadas.

B) ANEXO PARA CUBRIR PREFERENTEMENTE POLO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

NOME E APELIDOS DO INTERESADO: _____

DIAGNÓSTICO/S: _____

TRATAMENTO/S REALIZADO/S: _____

DATA DO DIAGNÓSTICO/S E INICIO DO/S TRATAMENTO/S: _____

INGRESOS HOSPITALARIOS: _____

NOME E APELIDOS DO MÉDICO _____

Nº DE COLEXIADO _____

SINATURA E SELO

ASINADO

INSTRUCCIÓNs PARA CUMPRIMENTAR A SOLICITUDE

- ANTES DE ESCRIBIR, LEA ATENTAMENTE OS APARTADOS DA SOLICITUDE.
- ESCRIBA CON CLARIDADE E CON LETRAS MAIÚSCULAS.
- PRESENTE COA SOLICITUDE TODOS OS DOCUMENTOS INDICADOS. ASÍ EVITARÁ RETRASOS INNECESARIOS.

I. DATOS DO INTERESADO

1.- MOTIVO DA VALORACIÓN

- MARQUE CUNHA CRUZ O APARTADO POLO QUE SE SOLICITA O RECOÑECEMENTE.

2.- DATOS PERSOAIS

- NESTE APARTADO CONSIGNARANSE TODOS OS DATOS PERSOAIS DO INTERESADO. SE VOSTEDE TEN DOBLE NACIONALIDADE, INDIQUE AS DÚAS NO APARTADO CORRESPONDENTE.
- NO CASO DE SER EXTRANXEIRO RESIDENTE EN ESPAÑA, CONSIGNARASE O NÚMERO DE RESIDENTE NO APARTADO NIE.

3.- DATOS DA DISCAPACIDADE

- CONSIGNE TIPO OU TIPOS DE DISCAPACIDADE QUE ALEGA. SE A VOSTEDE SE LLE RECOÑECEU CON ANTERIORIDADE UN GRA DE DISCAPACIDADE, INDIQUE A PROVINCIA ONDE LLE FOI RECOÑECIDA E O ANO.
- SE A RESOLUCIÓN FOI EMITIDA POR PROVINCIA DISTINTA A ESTA ONDE VOSTEDE SOLICITA, APORTE FOTOCOPIA DA MESMA. ASÍ AXILIZARÁ A TRAMITACIÓN DO SEU EXPEDIENTE.

II. REPRESENTACIÓN

- ESTE APARTADO CUBRIRASE UNICAMENTE CANDO A SOLICITUDE SEXA ASINADA POR PERSOA DISTINTA DO INTERESADO, QUE TEÑA CONDICIÓN DE REPRESENTANTE OU GARDADOR DE FEITO.