



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DO GRAO DE MINUSVALIDEZ, R.D. 1971/1999, DO 23 DE DECEMBRO (BOE DO 26 DE XANEIRO DE 2000)	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO VBS611A	DOCUMENTO SOLICITUD
--	--	-------------------------------

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

I. DATOS DO INTERESADO

1.- MOTIVO DA VALORACIÓN (SINALE CUN X O QUE PROCEDA)

<input type="checkbox"/> VALORACIÓN INICIAL	REVISIÓN POR: <input type="checkbox"/> AGRAVAMENTO/MELLORÍA	<input type="checkbox"/> CADUCIDADE
---	---	-------------------------------------

2.- DATOS PERSOAIS

1º APELIDO		2º APELIDO		NOME		DNI	
DATA DE NACEMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOME <input type="checkbox"/> MULLER		NACIONALIDADE/S			ESTADO CIVIL	
ENDEREZO						Nº, BLQ., ESCAL., PISO, PTA	
CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO			PROVINCIA		TELÉFONO	
TEN SEGURIDADE SOCIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO		Nº DA SEGURIDADE SOCIAL			

3.- DATOS DE MINUSVALIDEZ

A MINUSVALIDEZ QUE ALEGA É <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> PSÍQUICA <input type="checkbox"/> SENSORIAL		
DESCRICIÓN _____ _____		
TEN RECOÑECIDO O GRAO DE MINUSVALIDEZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON SE A RESPONSA É AFIRMATIVA, INDIQUE EN QUÉ PROVINCIA _____ E ANO _____		

II. DATOS DO REPRESENTANTE LEGAL

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

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 ó seu acceso, rectificación e cancelación de conformidade coa Lei de protección de datos de carácter persoal.

_____ de _____ de _____.

Asinado

Departamento Territorial de _____

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 DEFICIENCIAS ALEGADAS. *NO CASO DE REVISIÓN POR AGRAVAMENTO OU MELLORÍA*: FOTOCOPIA COMPULSADA DOS INFORMES QUE ACREDITEN DITO AGRAVAMENTO OU MELLORÍA.
- NO SEU CASO, FOTOCOPIA COMPULSADA DO DNI DO REPRESENTANTE LEGAL E DO DOCUMENTO ACREDITATIVO DA REPRESENTACIÓN LEGAL OU GARDA DE FEITO.

(Importante: as compulsas poderanse efectuar ó presenta-la solicitude ou ó acudir a recoñecemento, xuntando os orixinais dos documentos)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

A) NECESARIOS PARA A VALORACIÓN SOCIAL (EXCEPTO QUE XA OBREN EN PODER DA DELEGACIÓN DA IGUALDADE E DO BENESTAR)

FACTOR ECONÓMICO

- CERTIFICADO DE CONVIVENCIA DA UNIDADE FAMILIAR.
- XUSTIFICANTE DE INGRESOS DO INTERESADO E CONVIVINTES (FOTOCOPIA DO IRPF, NÓMINAS, ETC ...)
- XUSTIFICACIÓNS 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: tódalas fotocopias deberán estar compulsadas. As compulsas poderanse efectuar ó presentar a solicitude ou ó acudir ó recoñecemento, xuntando os orixinais dos documentos)

B) ANEXO PARA CUBRIR PREFERENTEMENTE POLO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

NOME E APELIDOS: _____

DIAGNÓSTICO/S: _____

TRATAMENTO REALIZADO: _____

DATA DO DIAGNÓSTICO E INICIO DO TRATAMENTO: _____

INGRESOS HOSPITALARIOS: _____

NOME E APELIDOS DO MÉDICO _____

Nº DE COLEXIADO _____

SINATURA E SELO

ASINADO

INSTRUCCIÓN PARA CUMPRIMENTAR A SOLICITUDE

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

I. DATOS DO INTERESADO.

1.- MOTIVO DA VALORACIÓN.

MARQUE CUNHA CRUZ O APARTADO POLO QUE SOLICITA O RECOÑECIMENTO

2.- DATOS PERSOAIS.

NESTE APARTADO CONSIGNARANSE TÓDOLOS DATOS PERSOAIS DO INTERESADO. SE VOSTEDE TEN DOBLE NACIONALIDADE, INDIQUE AS DÚAS NO APARTADO CORRESPONDENTE.

NO CASO DE ESTRANXEIRO RESIDENTE EN ESPAÑA, NO APARTADO DNI CONSIGNARASE O NÚMERO DE RESIDENTE.

3.- DATOS DA MINUSVALIDEZ.

CONSIGNE O TIPO OU TIPOS DE MINUSVALIDEZ QUE ALEGA. SE A VOSTEDE SE LLE RECOÑECEU CON ANTERIORIDADE GRAO DE MINUSVALIDEZ, INDIQUE A PROVINCIA ONDE LLE FOI RECOÑECIDA E O ANO.

SE A RESOLUCIÓN FOI EMITIDA POR PROVINCIA DISTINTA A ESTA ONDE VOSTEDE O SOLICITA, APORTE FOTOCOPIA DA MESMA. ASÍ AXILIZARÁ A TRAMITACIÓN DO SEU EXPEDIENTE.

II. REPRESENTACIÓN LEGAL.

ESTE APARTADO CUBRIRASE UNICAMENTE CANDO A SOLICITUDE SE ASINE POR PERSOA DISTINTA DO INTERESADO, QUE TEÑA CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL OU GARDADOR DE FEITO. NESTE ÚLTIMO CASO CUMPRIMENTARASE O MODELO QUE LLE SERÁ FACILITADO.