

(Abans de omplir les dades llija les instruccions que figuren al dors)  
 (Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones que figuran al dorso)

 Expedient número  
 Expediente número

MOTIU DE LA VALORACIÓ (ASSENYALEU AMB UNA X ALLÒ QUE CALGA) / MOTIVO DE LA VALORACIÓN (MARCAR CON UNA X LO QUE PROCEDA)

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Valoración inicial<br>Valoración inicial | <input type="checkbox"/> Revisió de grau per caducitat<br>Revisión de grado por caducidad | <input type="checkbox"/> Revisió per agreujament/millora<br>Revisión por agravamiento/mejoría | <input type="checkbox"/> Duplicat<br>Duplicado |
|---|---|---|--|

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home Home <input type="checkbox"/> Dona Mujer	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL		DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	
CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO	

**B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT / RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE			
		<input type="checkbox"/> REPRESENTANT LEGAL REPRESENTANTE LEGAL		<input type="checkbox"/> GUARDADOR DE FET GUARDADOR DE HECHO	

**C DADES DE LA MINUSVALIDESA / DATOS DE LA MINUSVALÍA**

LA MINUSVALIDESA QUE AL·LEGA ÉS / LA MINUSVALIA QUE ALEGA ES

Física  Psíquica  Sensorial  Física i psíquica  
Física i psíquica

TÉ RECONEGUT EL GRAU DE MINUSVALIDESA (1) / TIENE RECONOCIDO EL GRADO DE MINUSVALIA (1)

Sí  No Grau \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ Any \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

TÉ RECONEGUDA INCAPACITAT LABORAL DE SEGURETAT SOCIAL (INSS) (2) / TIENE RECONOCIDA INCAPACIDAD LABORAL DE SEGURIDAD SOCIAL (INSS) (2)

Sí  No  Total  Absoluta  Gran invalidesa  
Gran invalidez

AUTORITZA LA VALORACIÓ DE LA MINUSVALIDESA AMB ELS INFORMES APORTATS A LA SOL·LICITUD (3)  
AUTORIZA LA VALORACION DE LA MINUSVALIA CON LOS INFORMES APORTADOS A LA SOLICITUD (3)

Sí  No

**D SOL·LICITUD I DECLARACIÓ / SOLICITUD Y DECLARACIÓN**

 Sol·licita el reconeixement del grau de minusvalidesa a efectes de:  
 Solicita el reconocimiento del grado de minusvalía a efectos de:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BENEFICIS FISCALS<br>BENEFICIOS FISCALES | <input type="checkbox"/> PRESTACIÓ PER FILL A CÀRREC<br>PRESTACIÓN POR HIJO A CARGO | <input type="checkbox"/> ISFAS/MUFACE                            |
| <input type="checkbox"/> TARGETA SANITÀRIA<br>TARJETA SANITARIA   | <input type="checkbox"/> INGRÉS EN CENTRE<br>INGRESO EN CENTRO                      | <input type="checkbox"/> MOBILITAT REDUÏDA<br>MOVILIDAD REDUCIDA |
| <input type="checkbox"/> TÈCNIC LABORAL<br>TÉCNICO LABORAL        | <input type="checkbox"/> P.N.C.   | <input type="checkbox"/> ALTRES<br>OTROS _____                   |

DECLARA davall la seua responsabilitat que són certes les dades consignades en la present sol·licitud i autoritza que es realitzen consultes en fitxers públics per a acreditar-les.

La CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL, l'informa que les dades facilitades per vosté seran tractades informàticament i vosté tindrà el dret al seu accés, rectificació i cancel·lació d'acord amb la Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

DECLARA bajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autoriza a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

La CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL, le informa que los datos facilitados por Ud van a ser tratados informaticamente teniendo Ud derecho a su acceso, rectificacion y cancelacion de conformidad con la ley de proteccion de datos de carácter personal.

 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 REGISTRE D'ENTRADA  
 REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
 FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

(Abans de omplir les dades llija les instruccions que figuren al dors)  
 (Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones que figuran al dorso)

 Expedient número  
 Expediente número

MOTIU DE LA VALORACIÓ (ASSENYALEU AMB UNA X ALLÒ QUE CALGA) / MOTIVO DE LA VALORACIÓN (MARCAR CON UNA X LO QUE PROCEDA)

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Valoración inicial<br>Valoración inicial | <input type="checkbox"/> Revisió de grau per caducitat<br>Revisión de grado por caducidad | <input type="checkbox"/> Revisió per agreujament/millora<br>Revisión por agravamiento/mejoría | <input type="checkbox"/> Duplicat<br>Duplicado |
|---|---|---|--|

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home Home <input type="checkbox"/> Dona Mujer	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		
CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		

**B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT / RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE <input type="checkbox"/> REPRESENTANT LEGAL REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE FET GUARDADOR DE HECHO			

**C DADES DE LA MINUSVALIDESA / DATOS DE LA MINUSVALÍA**

LA MINUSVALIDESA QUE AL·LEGA ÉS / LA MINUSVALIA QUE ALEGA ES

Física  Psíquica  Sensorial  Física i psíquica  
Física i psíquica

TÉ RECONEGUT EL GRAU DE MINUSVALIDESA (1) / TIENE RECONOCIDO EL GRADO DE MINUSVALIA (1)

Sí  No Grau \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ Any \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

TÉ RECONEGUDA INCAPACITAT LABORAL DE SEGURETAT SOCIAL (INSS) (2) / TIENE RECONOCIDA INCAPACIDAD LABORAL DE SEGURIDAD SOCIAL (INSS) (2)

Sí  No  Total  Absoluta  Gran invalidesa  
Gran invalidez

AUTORITZA LA VALORACIÓ DE LA MINUSVALIDESA AMB ELS INFORMES APORTATS A LA SOL·LICITUD (3)  
AUTORIZA LA VALORACION DE LA MINUSVALIA CON LOS INFORMES APORTADOS A LA SOLICITUD (3)

Sí  No

**D SOL·LICITUD I DECLARACIÓ / SOLICITUD Y DECLARACIÓN**

 Sol·licita el reconeixement del grau de minusvalidesa a efectes de:  
 Solicita el reconocimiento del grado de minusvalía a efectos de:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BENEFICIS FISCALS<br>BENEFICIOS FISCALES | <input type="checkbox"/> PRESTACIÓ PER FILL A CÀRREC<br>PRESTACIÓN POR HIJO A CARGO | <input type="checkbox"/> ISFAS/MUFACE                            |
| <input type="checkbox"/> TARGETA SANITÀRIA<br>TARJETA SANITARIA   | <input type="checkbox"/> INGRÉS EN CENTRE<br>INGRESO EN CENTRO                      | <input type="checkbox"/> MOBILITAT REDUÏDA<br>MOVILIDAD REDUCIDA |
| <input type="checkbox"/> TÈCNIC LABORAL<br>TÉCNICO LABORAL        | <input type="checkbox"/> P.N.C.   | <input type="checkbox"/> ALTRES<br>OTROS _____                   |

DECLARA davall la seua responsabilitat que són certes les dades consignades en la present sol·licitud i autoritza que es realitzen consultes en fitxers públics per a acreditar-les.

La CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL, l'informa que les dades facilitades per vosté seran tractades informàticament i vosté tindrà el dret al seu accés, rectificació i cancel·lació d'acord amb la Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

DECLARA bajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autoriza a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

La CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL, le informa que los datos facilitados por Ud van a ser tratados informaticamente teniendo Ud derecho a su acceso, rectificación y cancelación de conformidad con la ley de proteccion de datos de carácter personal.

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

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 REGISTRE D'ENTRADA  
 REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
 FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**E** DOCUMENTS QUE HAN D'ACOMPANYAR / DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

- Fotocòpia del DNI de l'interessat o, si no n'hi ha, fotocòpia del Llibre de Família.  
*Fotocopia del DNI del interesado o, en su defecto, fotocopia del Libro de Familia.*
  - Si és procedent, fotocòpia del DNI del representant legal i del document acreditatiu de la representació legal.  
*En su caso, fotocopia del DNI del representante legal y del documento acreditativo de la representación legal.*
  - Fotocòpia de tots els informes Mèdics i Psicològics actualitzats que posseïska i on consten les seqüeles després de l'aplicació de mesures terapèutiques ( Reial decret 1971/1999 de 23 de desembre, BOE de 26 de Gener de 2000).  
*Fotocopia de todos los Informes Médicos y Psicológicos actualizados que posea y donde consten las secuelas tras la aplicación de medidas terapéuticas ( Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, BOE de 26 de enero de 2000).*
  - En cas de no tenir nacionalitat espanyola, fotocòpia de la tarjeta de resident.  
*En caso de no tener nacionalidad española, fotocopia de la tarjeta de residente.*
  - En cas de revisió per agreujament: fotocòpia dels informes que acrediten aquest agreujament.  
*En caso de revisión por agravamiento: fotocopia de los informes que acrediten dicho agravamiento.*
- IMPORTANT:** junt amb les fotocòpies, han d'aportar els documents originals per a la seua compulsa.  
**IMPORTANTE:** junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsa.

**F** INSTRUCCIONS D'EMPLENAMENT / INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

- Abans d'escriure, llija detingudament els apartats de la sol·licitud.  
*Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.*
- Escriga amb claredat i amb lletres majúscules.  
*Escriba con claridad y con letras mayúsculas.*
- Presente amb la sol·licitud tots els documents indicats. Amb això evitarà retards innecessaris.  
*Presente con la solicitud todos los documentos indicados. Con ello evitará retrasos innecesarios.*

**A. Dades de la persona interessada:**  
**Datos de la persona interesada:**

**1. Motiu de la sol·licitud:**  
**Motivo de la solicitud:**

Marque amb una creu l'apartat pel qual sol·licita el reconeixement.  
*Marque con una cruz el apartado por el que solicita el reconocimiento.*

**2. Dades personals:**  
**Datos personales:**

En este apartat es consignaran totes les dades personals de la persona interessada. Si té doble nacionalitat, indique les dues a l'apartat corresponent.  
En cas d'estrangers residents a Espanya a l'apartat DNI, es consignarà el número de resident.  
*En este apartado se consignaran todos los datos personales de la persona interesada. Si tiene doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.*  
*En caso de extranjeros residentes en España en el apartado DNI, se consignará el número de residente.*

**B. Dades del representant legal:**  
**Datos del representante legal:**

Este apartat només s'omplirà quan la sol·licitud la signe una persona distinta de la interessada, que tinga la condició de representant legal o guardador de fet.  
*Este apartado sólo se rellenará cuando la solicitud se firme por una persona distinta de la interesada, que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho.*

**C. Dades de la minusvalidesa:**  
**Datos de la minusvalía:**

1. Consigne el tipus o tipus de minusvalidesa que al·lega. Si a vosté se li ha reconegut, amb anterioritat, grau de minusvalidesa, indique la província on hs sigut reconegut i l'any. Si la resolució va ser emesa per una província distinta a aquesta on vosté ho sol·licita, aporte fotocòpia d'aquesta.  
*Consigne el tipo o tipos de minusvalía que alega. Si a Usted se le ha reconocido, con anterioridad, grado de minusvalía, indique la provincia donde ha sido reconocido y el año. Si la resolución fue emitida por provincia distinta a ésta donde usted la solicita, aporte fotocopia de la misma.*
2. Si té reconeguda Incapacitat Laboral, consigne el tipus i aporte fotocòpia de la resolució del INSS.  
*Si tiene reconocida Incapacidad Laboral, indique el tipo y aporte fotocopia de la resolución del INSS.*
3. En cas de autorització de la valoració per informes, aporta els Informes mèdics, psicològics i socials nessesaris.  
*En caso de autorización de la valoración sobre informes, aportar los informes médicos, psicológicos y sociales necesarios.*

Així agilitzarà la tramitació del seu expedient.  
*Así agilizará la tramitación de su expediente.*

**E** DOCUMENTS QUE HAN D'ACOMPANYAR / DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

- Fotocòpia del DNI de l'interessat o, si no n'hi ha, fotocòpia del Llibre de Família.  
*Fotocopia del DNI del interesado o, en su defecto, fotocopia del Libro de Familia.*
- Si és procedent, fotocòpia del DNI del representant legal i del document acreditatiu de la representació legal.  
*En su caso, fotocopia del DNI del representante legal y del documento acreditativo de la representación legal.*
- Fotocòpia de tots els informes Mèdics i Psicològics actualitzats que posseïska i on consten les seqüeles després de l'aplicació de mesures terapèutiques ( Reial decret 1971/1999 de 23 de desembre, BOE de 26 de Gener de 2000).  
*Fotocopia de todos los Informes Médicos y Psicológicos actualizados que posea y donde consten las secuelas tras la aplicación de medidas terapéuticas ( Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, BOE de 26 de enero de 2000).*
- En cas de no tenir nacionalitat espanyola, fotocòpia de la tarjeta de resident.  
*En caso de no tener nacionalidad española, fotocopia de la tarjeta de residente.*
- En cas de revisió per agreujament: fotocòpia dels informes que acrediten aquest agreujament.  
*En caso de revisión por agravamiento: fotocopia de los informes que acrediten dicho agravamiento.*
- IMPORTANT:** junt amb les fotocòpies, han d'aportar els documents originals per a la seua compulsa.  
**IMPORTANTE:** junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsa.

**F** INSTRUCCIONS D'EMPLENAMENT / INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

- Abans d'escriure, llija detingudament els apartats de la sol·licitud.  
*Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.*
- Escriga amb claredat i amb lletres majúscules.  
*Escriba con claridad y con letras mayúsculas.*
- Presente amb la sol·licitud tots els documents indicats. Amb això evitarà retards innecessaris.  
*Presente con la solicitud todos los documentos indicados. Con ello evitará retrasos innecesarios.*

**A. Dades de la persona interessada:**  
**Datos de la persona interesada:**

**1. Motiu de la sol·licitud:**  
**Motivo de la solicitud:**

Marque amb una creu l'apartat pel qual sol·licita el reconeixement.  
*Marque con una cruz el apartado por el que solicita el reconocimiento.*

**2. Dades personals:**  
**Datos personales:**

En este apartat es consignaran totes les dades personals de la persona interessada. Si té doble nacionalitat, indique les dues a l'apartat corresponent.  
En cas d'estrangers residents a Espanya a l'apartat DNI, es consignarà el número de resident.  
*En este apartado se consignaran todos los datos personales de la persona interesada. Si tiene doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.*  
*En caso de extranjeros residentes en España en el apartado DNI, se consignará el número de residente.*

**B. Dades del representant legal:**  
**Datos del representante legal:**

Este apartat només s'omplirà quan la sol·licitud la signe una persona distinta de la interessada, que tinga la condició de representant legal o guardador de fet.  
*Este apartado sólo se rellenará cuando la solicitud se firme por una persona distinta de la interesada, que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho.*

**C. Dades de la minusvalidesa:**  
**Datos de la minusvalía:**

1. Consigne el tipus o tipus de minusvalidesa que al·lega. Si a vosté se li ha reconegut, amb anterioritat, grau de minusvalidesa, indique la província on hs sigut reconegut i l'any. Si la resolució va ser emesa per una província distinta a aquesta on vosté ho sol·licita, aporte fotocòpia d'aquesta.  
*Consigne el tipo o tipos de minusvalía que alega. Si a Usted se le ha reconocido, con anterioridad, grado de minusvalía, indique la provincia donde ha sido reconocido y el año. Si la resolución fue emitida por provincia distinta a ésta donde usted la solicita, aporte fotocopia de la misma.*
2. Si té reconeguda Incapacitat Laboral, consigne el tipus i aporte fotocòpia de la resolució del INSS.  
*Si tiene reconocida Incapacidad Laboral, indique el tipo y aporte fotocopia de la resolución del INSS.*
3. En cas de autorització de la valoració per informes, aporta els Informes mèdics, psicològics y socials nessesaris.  
*En caso de autorización de la valoración sobre informes, aportar los informes médicos, psicológicos y sociales necesarios.*

Així agilitzarà la tramitació del seu expedient.  
*Así agilizará la tramitación de su expediente.*