XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO I

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
RECOÑECEMENTO DO GRAO DE DISCAPACIDADE	BS611A	SOLICITUDE

Nº DE EXPEDIENTE

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

DATA DE NACEMENTO | SEXO ◯ Home ◯ Muller | NACIONALIDADE

TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA

CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE

TELÉFONO | TELÉFONO MÓBIL | CORREO ELECTRÓNICO

TEN SEGURIDADE SOCIAL ◯ SI ◯ NON | CONDICIÓN ◯ TITULAR ◯ BENEFICIARIA | Nº DA SEGURIDADE SOCIAL

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

EN CALIDADE DE
◯ TRABALLADOR/A SOCIAL ◯ REPRESENTANTE

ENDEREZO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (non é necesario se coincide co anterior)

TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA

CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE

TELÉFONO | TELÉFONO MÓBIL | CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DA DISCAPACIDADE QUE ALEGA A PERSOA SOLICITANTE

A DOENZA QUE ALEGA É
◯ Física ◯ Intelectual ◯ Mental ◯ Sensorial ◯ Enfermidade rara

TEN XA RECOÑECIDO O GRAO DE DISCAPACIDADE
◯ SI ◯ NON

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE
PORCENTAXE | PROVINCIA | DATA DO RECOÑECEMENTO

TEN RECOÑECIDA PENSIÓN DA SEGURIDADE SOCIAL DE INCAPACIDADE PERMANENTE (TOTAL, ABSOLUTA OU GRANDE INVALIDEZ) OU PENSIÓN DE CLASES PASIVAS DE XUBILACIÓN OU DE RETIRO POR IP PARA O SERVIZO OU INUTILIDADE
◯ SI ◯ NON

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE
DATA | ORGANISMO DECLARANTE

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO I
(continuación)

MOTIVO DA SOLICITUDE

◯ Valoración inicial ◯ Dificultades de mobilidade ◯ Necesidade de asistencia de terceira persoa

REVISIÓN POR

◯ Caducidade ◯ Agravamento ◯ Melloría

Motivo de urxencia polo que solicita o recoñecemento do grao de discapacidade. Imprescindible a súa xustificación de forma documental (marcar o que proceda).

☐ Acceso ao emprego e ás ensinanzas regradas onde exista reserva de praza para persoas con discapacidade

☐ Solicitudes de axudas/subvencións sometidas a prazos

☐ Menores de 18 anos

☐ Maiores de 90 anos

☐ PNC/Prestación por fillo/a a cargo, condicionado ao cumprimento previo dos demais requisitos exixibles

☐ Caducidade da valoración do grao de discapacidade

☐ Existencia dun procedemento aberto, xudicial ou administrativo, sobre violencia de xénero

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU QUE SE DECLARA QUE ESTÁ EN PODER DA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE

☐ Anexo II (autorización de representación), cando proceda

☐ Anexo III (autorización á presentación electrónica da solicitude e demais documentación por parte do/da traballador/a social), cando proceda

☐ Anexo IV (informe de condicións de saúde)

☐ Copia do DNI ou NIE da persoa solicitante, só no caso de non autorizar a súa consulta no Sistema de verificación de datos de identidade

☐ No caso de persoas solicitantes menores de idade, copia do libro de familia, se non ten DNI

☐ Certificado de empadroamento da persoa solicitante, só no caso de non autorizar a súa consulta no Sistema de verificación de datos de residencia

☐ Certificado do recoñecemento da situación de discapacidade, no caso de solicitudes de revisión en que o recoñecemento inicial fose realizado noutra comunidade autónoma

	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTE.	ANO
☐ No caso de persoa solicitante estranxeira, copia da tarxeta de residente	☐			
☐ Se é o caso, copia dos informes médicos dos especialistas ou psicolóxicos complementarios ao anexo IV que avalen as deficiencias alegadas. No caso de revisión por agravamento ou melloría, copia dos informes que acrediten o dito agravamento ou melloría. Esta documentación non será preciso presentala no caso de que se autorice a consulta dos datos da historia clínica	☐			
Solicita valoración dos factores sociais complementarios: ◯ SI ◯ NON	En caso afirmativo, deberá presentar:			
☐ Informe social emitido polo/a traballador/a social dos servizos sociais comunitarios do domicilio da persoa solicitante e, se é o caso, do/da traballador/a social do sistema de saúde ou do/da traballador/a social dos servizos sociais especializados, conforme o modelo de informe social aprobado pola Orde do 1 de abril de 2013 (DOG núm. 69, do 10 de abril)	☐			
☐ Certificado de convivencia da unidade familiar	☐			
☐ Tarxeta de demandante de emprego no caso de persoas solicitantes desempregadas, só no caso de non autorizar o acceso á consulta de datos sobre demanda de emprego	☐			
☐ Xustificantes de ingresos da persoa interesada e convivintes, só no caso de non autorizar a súa consulta a través dos servizos de interoperabilidade correspondentes (Administración tributaria, Seguridade Social e Administración autonómica)	☐			
☐ Xustificantes de gastos de vivenda (alugueiro, amortización primeira vivenda, desafiuzamento, eliminación de barreiras arquitectónicas)	☐			
☐ Xustificantes de gastos extraordinarios de carácter prolongado (educativos, sanitarios, outros)	☐			

Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais da Xunta de Galicia, de conformidade co artigo 35.f) da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, e o artigo 4 da Orde do 12 de xaneiro de 2012 pola que se regula a habilitación de procedementos administrativos e servizos na Administración xeral e no sector público autonómico de Galicia, para consultar a documentación indicada anteriormente.

Así mesmo, declaro que a dita documentación está vixente e que non transcorreron máis de cinco anos desde a finalización do procedemento a que corresponde.

Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais da Xunta de Galicia para consultar os datos de identidade da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

(•) SI ( ) NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais da Xunta de Galicia para consultar os datos de residencia da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

(•) SI ( ) NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais da Xunta de Galicia para consultar os datos de carácter tributario que figuran en poder da Axencia Estatal da Administración Tributaria, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

(•) SI ( ) NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais da Xunta de Galicia para consultar os datos de pensións que figuran en poder do Instituto Nacional da Seguridade Social, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

(•) SI ( ) NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais da Xunta de Galicia para consultar os datos de prestacións sociais que figuran en poder da Administración autonómica, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

(•) SI ( ) NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais da Xunta de Galicia para consultar os datos de historia clínica que figuran en poder da Administración autonómica, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

(•) SI ( ) NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a consellería competente en materia de servizos sociais da Xunta de Galicia para consultar os datos de demanda de emprego que figuran en poder da Administración autonómica, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

(•) SI ( ) NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia, cuxa finalidade é a xestión e rexistro deste procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a sxt.politica.social@xunta.es

LEXISLACIÓN APLICABLE

Real decreto 1971/1999, do 23 de decembro, de procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade.

Orde do 25 de novembro de 2015 pola que se regula o procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , ____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO II

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

AUTORIZO A

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

Para que exerza a miña representación ante a Xunta de Galicia para a tramitación do procedemento:

CÓDIGO	DESCRICIÓN PROCEDEMENTO
B5611A	RECOÑECEMENTO DO GRAO DE DISCAPACIDADE

Mediante a sinatura do presente documento, o/a solicitante concede a súa representación para a tramitación do procedemento sinalado e a persoa autorizada acepta a súa representación, respondendo ambas da autenticidade da sinatura.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE **SINATURA DA PERSOA AUTORIZADA**

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO III

AUTORIZACIÓN Á PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DA SOLICITUDE E DEMAIS DOCUMENTACIÓN POR PARTE DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA

DATOS DA PERSOA QUE AUTORIZA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

EN CALIDADE DE

◯ SOLICITANTE ◯ REPRESENTANTE

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

Que autorizo expresamente para a presentación electrónica da solicitude de recoñecemento do grao de discapacidade (B5611A), así como para a presentación da demais documentación necesaria derivada desta actuación en canto a emendar ou presentar os documentos preceptivos e demais documentación complementaria que se considere para o efecto, por parte do/da traballador/a social de referencia

D./Dna. _____ con nº de colexiado/a _____

en nome de D./Dna. _____

como solicitante do recoñecemento do grao de discapacidade segundo o procedemento regulado pola Orde do 25 de novembro de 2015.

Así mesmo, declaro baixo a miña responsabilidade que son certos os datos consignados nesta solicitude así como na documentación que a acompaña.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO IV

INFORME DE CONDICIÓNS DE SAÚDE

1. Solicitante (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

DATA DE NACEMENTO | IDADE | MOTIVO DO INFORME

◯ Solicitude inicial de recoñecemento ◯ Revisión do recoñecemento

2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique (caso afirmativo, obrigado cumprimento)

PESO NO MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

◯ Menos de 1.100 g. ◯ Entre 1.100 y 1.500 g. ◯ >1.500 y <2.200 g. ◯ Máis de 2.200 g.

3. Indique os diagnósticos* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, prolongado, crónico ou de longa duración

	DIAGNÓSTICO (obrigado cumprimento)	DATA DIAGNÓSTICO (obrigado cumprimento)	CODIFICACIÓN		FASE EVOLUTIVA
			CLASIFICACIÓN	CÓDIGO	
Demencias e enfermidades neurodexenerativas					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Patoloxía traumática					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Trastornos graves do comportamento					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica

* Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado.

4. Indique os tratamentos actuais, medidas de soporte funcional, axudas técnicas, ortoses e próteses prescritos (obrigado cumprimento)

Farmacolóxicos

Hixiénico/dietético

Psicoterapéutico

Indicacións médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou produtos de apoio

Rehabilitador ◯ Recibe ◯ Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras

◯ Non recibe ◯ Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras

Outros

5. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas (obrigado cumprimento)

☐ Osixenoterapia ☐ Soroterapia ☐ Nutrición enteral por SNG/PEG ☐ Nutrición parental

☐ S. vesical ☐ Ostomías ☐ Absorbentes ☐ Próteses/ortoses

☐ Andador ☐ Cadeira de rodas ☐ Suxeición mecánica

☐ Outros

6. Indique se existe necesidade de apoio para as actividades de autocoidado (obrigado cumprimento)

◯ Leve ◯ Moderada ◯ Grave

7. Indique se, entre as patoloxias descritas, algunha delas cursa en brotes (obrigado cumprimento)

PATOLOXÍA	FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO	ÚLTIMO BROTE

8. Indique se a persoa se pode trasladar fóra do domicilio

◯ Si ◯ Non

9. Identificación do/da profesional que emite o informe (obrigado cumprimento)

NOME E APELIDOS

DATA DO INFORME

ORGANISMO/CENTRO DE SAÚDE

Nº COLEXIADO/A

SINATURA DO/DA PROFESIONAL

SELO

Lugar e data

, de de