



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

Nº DE EXPEDIENTE	
------------------	--

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME PRIMEIRO APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

DATA DE NECEMENTO SEXO Home Muller NACIONALIDADE

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

PARROQUIA LUGAR

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 APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

EN CALIDADE DE TRABALLADOR/A SOCIAL REPRESENTANTE

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Notifíquese a: Persoa solicitante Persoa representante

Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación ao correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir:

TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos sen que sexa válida para elas, nin produza efectos, unha opción diferente.

Electrónica a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, <https://notifica.xunta.gal>. Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico asociado ao NIF da persoa indicada.

Postal (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente)

As notificacións que se practiquen en papel estarán tamén á disposición da persoa indicada anteriormente no Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, para que poida acceder ao seu contido forma voluntaria.

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

DATOS DA DISCAPACIDADE QUE ALEGA A PERSOA SOLICITANTE

A DOENZA QUE ALEGA É DE NATUREZA Física Intelectual Mental Sensorial Enfermidade rara

TEN XA RECOÑECIDO O GRAO DE DISCAPACIDADE SI NON EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE PORCENTAXE DISCAPACIDADE PROVINCIA DO RECOÑECEMENTO DATA EFECTOS DO RECOÑECEMENTO



DATOS DA DISCAPACIDADE QUE ALEGA A PERSOA SOLICITANTE (continuación)

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 INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O SERVIZO OU INUTILIDADE

SI NON

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE

DATA DA RESOLUCIÓN DO RECOÑECEMENTO

ORGANISMO CONCEDENTE DA PENSIÓN

MOTIVO DA SOLICITUDE

Valoración inicial do grao de discapacidade Dificultades de mobilidade Necesidade de asistencia de terceira persoa

No suposto de revisión, indicar o motivo:

Caducidade Agravamento Melloría

Indicar se concorre algún motivo de urxencia dos relacionados a continuación, sendo imprescindible aportar a súa xustificación de forma documental:

- 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

- 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)
- Anexo VII (Consentimento expreso e informado para o acceso aos datos da Historia Clínica), no suposto que se autorice o acceso. En caso contrario xuntaranse os informes de saúde que avalen as deficiencias alegadas incluídas na Historia Clínica
- 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.	ANO
<input type="checkbox"/> No caso de persoa solicitante estranxeira, copia da tarxeta de residencia	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> No caso de persoas solicitantes menores de idade, copia do libro de familia, se non ten DNI	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> No seu 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, e figure incluída na mesma	<input type="checkbox"/>		

SOLICITA A VALORACIÓN DOS FACTORES SOCIAIS COMPLEMENTARIOS (En ausencia de manifestación expresa entenderase en sentido negativo)

SI NON

En caso afirmativo deberá presentar a seguinte documentación:

<input type="checkbox"/> Informe social emitido polo/a traballador/a social dos servizos sociais comunitarios do concello de residencia da persoa solicitante ou, se é o caso, do/a traballador/a social do sistema de saúde ou dos servizos sociais especializados (caso de internamento nun establecemento sanitario ou nun centro de servizos sociais), conforme ao modelo de informe social aprobado pola Orde do 1 de abril de 2013 (DOG nº 69, do 10 de abril)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Certificado de convivencia da unidade familiar	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Anexo VI (Autorización de terceiras persoas interesadas para a comprobación dos datos de identidade, residencia, pensións e prestacións sociais e IRPF), no caso de persoas que convivan coa persoa solicitante ou no caso dos proxenitores se a persoa solicitante é un menor de idade	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Xustificantes de gastos de vivenda (alugueiro, amortización primeira vivenda, desafuzamento, eliminación de barreiras arquitectónicas)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Xustificantes de gastos extraordinarios de carácter prolongado (educativos, sanitarios, outros)	<input type="checkbox"/>		



COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
<input type="checkbox"/> Verificación da identidade da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de residencia da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado da renda da persoa solicitante (IRPF)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pensións e/ou prestacións sociais percibidas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Consulta dos datos de saúde incluídos na Historia Clínica da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
MARQUE O CADRO CORRESPONDENTE PARA SINALAR AS CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN	
<input type="checkbox"/> Demandante de emprego	<input type="checkbox"/>

En cumprimento do establecido na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámolo/a de que os seus datos persoais pasarán a formar parte de:

. Un ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento.

. Un ficheiro denominado Historia Social Única Electrónica, titularidade da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, coa finalidade da "Prestación de servizos públicos relativos ao eido dos servizos sociais e da protección social á cidadanía por parte do sistema galego de servizos sociais e demais sistemas de protección da Administración Xeral, do Sector Público Autonómico de Galicia e da Administración Local, segundo os usos previstos no Decreto 89/2016, de 30 de xuño, de regulación da creación, o uso e o acceso á Historia Social Única Electrónica".

Os datos que se lle solicitan resultan necesarios para xestionar a súa solicitude, de xeito que de non facilitalos non será posible a súa participación.

Así mesmo, informámolo/a de que os seus datos persoais poderán ser cedidos aos organismos previstos no Decreto 89/2016 polo que se regula a creación, uso e acceso á historia social única electrónica, coa finalidade indicada no anterior parágrafo.

Ditos datos serán almacenados durante o prazo previsto na normativa reguladora dos servizos sociais na comunidade autónoma galega.

Poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, solicitándoo mediante o envío dunha comunicación á seguinte dirección: Edificio Administrativo San Caetano, s/n, 15781 Santiago de Compostela, ou a través do envío dun correo electrónico a sxt.politica.social@xunta.gal

No caso de considerar vulnerados os seus dereitos nesta materia, poderá solicitar á tutela da Agencia Española de Protección de Datos, ao amparo do artigo 18 da citada Lei Orgánica 15/1999.

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 (DOG nº 236, de 11 de decembro de 2015, c.e.no DOG nº 16 de 26 de xaneiro de 2016). Modificada pola Orde do 3 de abril de 2017 (DOG nº 73, de 17 de abril de 2017).

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de



AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORIZO A

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

CÓDIGO	DESCRICIÓN PROCEDEMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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



**AUTORIZACIÓN Á PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DA SOLICITUDE E DE MAIS 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 (BS611A), 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



INFORME DE CONDICIÓN 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					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patoloxía traumática					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves do comportamento					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> 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 patoloxías 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



**COMPROBACIÓN DE DATOS DE TERCEIRAS PERSOAS INTERESADAS
BS611A - RECOÑECIMENTO DO GRAO DE DISCAPACIDADE**

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta electrónica automatizada. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar os documentos relativos.

As persoas interesadas, mediante a súa sinatura, aceptan a incorporación dos seus datos persoais ao expediente en tramitación. No caso de terceiras persoas interesadas menores de idade o presente documento deberá ser asinado por un dos proxenitores, titor/a ou representante legal.

			TITOR/A OU REPPRESENTANTE LEGAL		VERIFICACIÓN IDENTIDADE	CONSULTA RESIDENCIA	CONSULTA PENSIÓNS E PRESTACIÓNS SOCIAIS	CONSULTA IRPF	
APELIDOS E NOME	NIF	MENOR DE IDADE	APELIDOS E NOME	NIF	OPÓÑOME Á CONSULTA	OPÓÑOME Á CONSULTA	OPÓÑOME Á CONSULTA	OPÓÑOME Á CONSULTA	SINATURA
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En cumprimento do establecido na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámolo/a de que os seus datos persoais pasarán a formar parte de:

. Un ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento.

. Un ficheiro denominado Historia Social Única Electrónica, titularidade da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, coa finalidade da “Prestación de servizos públicos relativos ao eido dos servizos sociais e da protección social á cidadanía por parte do sistema galego de servizos sociais e demais sistemas de protección da Administración Xeral, do Sector Público Autonómico de Galicia e da Administración Local, segundo os usos previstos no Decreto 89/2016, de 30 de xuño, de regulación da creación, o uso e o acceso á Historia Social Única Electrónica”.

Os datos que se lle solicitan resultan necesarios para xestionar a súa solicitude, de xeito que de non facilitalos non será posible a súa participación.

Así mesmo, informámolo/a de que os seus datos persoais poderán ser cedidos aos organismos previstos no Decreto 89/2016 polo que se regula a creación, uso e acceso á historia social única electrónica, coa finalidade indicada no anterior parágrafo.

Ditos datos serán almacenados durante o prazo previsto na normativa reguladora dos servizos sociais na comunidade autónoma galega.

Poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, solicitándoo mediante o envío dunha comunicación á seguinte dirección: Edificio Administrativo San Caetano, s/n, 15781 Santiago de Compostela, ou a través do envío dun correo electrónico a sxt.politica.social@xunta.gal

No caso de considerar vulnerados os seus dereitos nesta materia, poderá solicitar á tutela da Agencia Española de Protección de Datos, ao amparo do artigo 18 da citada Lei Orgánica 15/1999.

Lugar e data

, de de

Xefatura Territorial da Consellería de Política Social



CONSENTIMENTO EXPRESO E INFORMADO PARA O ACCESO Á HISTORIA CLÍNICA

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARA BAIXO A SÚA RESPONSABILIDADE

De conformidade coa Lei orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, DOU O MEU CONSENTIMENTO EXPRESO E INFORMADO á Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia para ceder ou comunicar á Consellería de Política Social os datos persoais que forman parte dos ficheiros “Historias Clínicas” e “Usuarios e Profesionais do Sistema Sanitario” inscritos pola Consellería de Sanidade no Rexistro Xeral de Protección de Datos da Agencia Española de Protección de Datos, que se accederán mediante o sistema de historia clínica electrónica lanus.

Esta cesión realizarase coa finalidade exclusiva de ter acceso aos seus antecedentes sanitarios co obxecto de avaliar a súa solicitude de discapacidade e/ou dependencia. No caso de non ser revocada, esta autorización manterase vixente durante o proceso de tramitación da súa solicitude de dependencia / discapacidade, incluíndo tamén as posibles reclamacións.

Informámoslle tamén de que vostede ten o dereito a non dar o seu consentimento a esta cesión de datos e pode revocalo en calquera momento.

Os ficheiros aos que fai referencia este consentimento atópanse inscritos no Rexistro Xeral de Protección de Datos da Agencia de Protección de Datos (www.agpd.es) e o seu detalle é o seguinte:

“Historias Clínicas” – creado por “Orde de 14 de xuño de 2007 pola que se crean determinados ficheiros automatizados de datos de carácter persoal na Consellería de Sanidade”, inscrito no Rexistro Xeral de Protección de Datos– coa finalidade de “Historia clínica del paciente para seguimento, xestión actividade asistencial, xestión financeira, facturación, prestación farmacéutica, actividade docente, produción estatística e investigación sanitaria; accións en favor de toxicómanos; programas de comunicación por medios electrónicos informáticos e telemáticos”.

“Usuarios e Profesionais do Sistema Sanitario” – creado por “Orde de 14 de xuño de 2007 pola que se crean determinados ficheiros automatizados de datos de carácter persoal na Consellería de Sanidade”, inscrito no Rexistro Xeral de Protección de Datos– coa finalidade de “Coñecer a identidade das persoas protexidas pola administración sanitaria galega e dos profesionais relacionados co catálogo de prestacións sanitarias; así como a actividade e situación administrativa destes últimos; realización de programas de comunicación por medios electrónicos, informáticos e telemáticos”.

O responsable dos ficheiros que conteñen os seus datos é a Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia. Vostede pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dos datos ante a Secretaría Xeral Técnica dla Consellería de Sanidade, situada na rúa San Lázaro, s/n, Santiago de Compostela.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de