

SOLICITUD**1. MOTIVO DE LA SOLICITUD (señale con X lo que proceda)**

- RECONOCIMIENTO INICIAL** del Grado de Discapacidad
 REVISIÓN por Agravamiento del Grado de Discapacidad
 REVISIÓN por Mejoría del Grado de Discapacidad

2. OBJETO O FINALIDAD DE LA SOLICITUD

El firmante SOLICITA el reconocimiento de grado de discapacidad a efectos de poder solicitar u obtener (se pueden marcar varias opciones)

- Beneficios fiscales
 Prestaciones y ayudas, (prestación hijo a cargo, PNC, subvenciones...)
 Ayudas y medidas de inclusión y apoyo laboral o educativo.
 Otros (oposiciones, procedimiento judicial o administrativo en curso, ...)

3. DATOS DEL SOLICITANTE**3.1. DATOS PERSONALES**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
DNI/NIE/Pasaporte		Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Fecha de nacimiento	
Domicilio (Denominación de Vía pública, número, escalera, piso, letra...)					
Código Postal		Localidad		Provincia	
Teléfono móvil	Teléfono:		Correo Electrónico		

3.2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, TUTOR O GUARDADOR DE HECHO

Tipo de representación:

- Representante legal** **Guardador de hecho** **Padre/Madre/Tutor de menor de edad.**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
DNI/NIE/Pasaporte		Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Fecha de nacimiento	
Domicilio (Denominación de Vía pública, número, escalera, piso, letra...)					
Código Postal		Localidad		Provincia	
Teléfono móvil	Teléfono:		Correo Electrónico		

3.3. DATOS DEL SEGUNDO PROGENITOR, en su caso (sólo menores de 18 años)

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre
DNI/NIE/Pasaporte		Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Fecha de nacimiento
Domicilio (Denominación de Vía pública, número, escalera, piso, letra...)				
Código Postal		Localidad		Provincia
Teléfono móvil	Teléfono:		Correo Electrónico	

3.4. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Destinatario de la notificación:

- Persona solicitante**
 Persona representante
 Segundo Progenitor

<input type="checkbox"/> OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen exclusivamente en dirección postal		
<input type="checkbox"/> OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen en la dirección postal y a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT) del Gobierno de Aragón.		
(Añadir domicilio de notificaciones únicamente si es diferente del indicado en los datos personales)		
Domicilio (Denominación de Vía pública, número, escalera, piso, letra...)		
Código Postal	Localidad	Provincia

4. VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE DATOS

<p align="center">DERECHO DE OPOSICIÓN (Artículo 28.2 de la Ley 39/2015)</p> <p>La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) realizará las consultas necesarias para comprobar la exactitud de los datos aportados en la solicitud.</p> <p>En particular, consultará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos de identidad (DGP), - Datos de residencia con fecha de última variación padronal (INE) - Datos de Residencia Legal de un ciudadano extranjero (DGP) - Datos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia de Aragón (CCAA) - Datos de datos que obren en la historia clínica del Servicio Aragonés de Salud.
