

Turno: / /

Hora:

SOLICITUD DE CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

La evaluación por parte de la Junta Evaluadora Interdisciplinaria es presencial.
La presente reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.

COMPLETAR Y MARCAR LO QUE CORRESPONDA

DATOS DE LA PERSONA A EVALUAR

APELLIDO/S											
NOMBRE/S											
FECHA DE NACIMIENTO				SEXO		Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO		DNI <input type="checkbox"/>		LE <input type="checkbox"/>		LC <input type="checkbox"/>		PAS <input type="checkbox"/>		CI <input type="checkbox"/>	
											Expedido por
NRO.DOCUMENTO				CUIT/CUIL		-		-			
NACIONALIDAD						TIPO		Nativo <input type="checkbox"/>		Naturalizado <input type="checkbox"/>	
TIPO DE RESIDENCIA		Transitoria <input type="checkbox"/>		Permanente <input type="checkbox"/>		FECHA VENCIMIENTO					
		Temporaria <input type="checkbox"/>		Precaria <input type="checkbox"/>							
DOMICILIO											
Cod. postal				Teléfono							
LOCALIDAD											
PROVINCIA						DEPARTAMENTO					
ESTADO CIVIL											
Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Separado <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>		Unión civil / convivencial <input type="checkbox"/>	
CONDICION DE ACTIVIDAD						CATEGORIA DE ACTIVIDAD					
<input type="checkbox"/> Trabaja		<input type="checkbox"/> No trabaja		<input type="checkbox"/> Busca trabajo		<input type="checkbox"/> Obrero o Empleado		<input type="checkbox"/> Patrón (con personal a cargo)		<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia	
<input type="checkbox"/> No aplicable		<input type="checkbox"/> No busca trabajo				<input type="checkbox"/> Trabajador Familiar					
SITUACION PREVISIONAL											
<input type="checkbox"/> Jubilado del Sistema Contributivo				<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva a la vejez							
<input type="checkbox"/> Pensionado del Sistema Contributivo				<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva ex combatientes							
<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva / por invalidez				<input type="checkbox"/> Otra							
<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva / graciable				<input type="checkbox"/> Sin beneficio							
SEGURIDAD SOCIAL		Obra Social <input type="checkbox"/>		Medicina Prepaga <input type="checkbox"/>		PAMI <input type="checkbox"/>		Incluir Salud (ex-Pro.Fe.) <input type="checkbox"/>		Pública <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL O PREPAGA											
NUMERO DE AFILIADO											

ADQUIRIÓ VEHÍCULO A TRAVÉS DE LEY 19.279	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

POSEE SÍMBOLO INTERNACIONAL DE ACCESO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---

En caso de cumplir con todos los requisitos exigidos por el ordenamiento legal de asignaciones familiares: ¿La persona con discapacidad estaría interesada en percibir las asignaciones familiares vinculadas a la discapacidad a las que pudiese tener derecho?.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

Completar sólo en los casos que el solicitante no sea la persona a evaluar

PARA EL CASO DE PERSONAS A EVALUAR MAYORES DE EDAD:

Interesado/a con apoyo designado judicialmente (art. 43 Código Civil y Comercial de la Nación).

* **Interesado/a con apoyo extrajudicial** (art. 103 in fine Código Civil y Comercial de la Nación).

Curador designado judicialmente (art. 32 Código Civil y Comercial de la Nación).

* **Nota Aclaratoria** "... En el ámbito extrajudicial el Ministerio Público actúa ante la ausencia, carencia o inacción de los representantes legales, cuando están comprometidos los derechos sociales, económicos y culturales".

PARA EL CASO DE PERSONAS A EVALUAR MENORES DE EDAD:

Madre **Padre** **Tutor/Guardador (designado judicialmente)**

APELLIDO/S
<input type="text"/>

NOMBRE/S
<input type="text"/>

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>	Expedido por
------------------------------------	---	--------------

NRO.DOCUMENTO	<input type="text"/>	NACIONALIDAD	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---------------------	----------------------

DOMICILIO
<input type="text"/>

Cod. postal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	------------------	----------------------

PROVINCIA	<input type="text"/>	Nro. TELÉFONO	<input type="text"/>
		(<input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="text"/>

En caso de Tutor, Guardador, Curador o Apoyo completar la siguiente información:

PROVISORIO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVO <input type="checkbox"/>	Fecha de designación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	--	-----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

JUZGADO	<input type="text"/>
----------------	----------------------

SECRETARÍA	<input type="text"/>	Depto. JUDICIAL	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	------------------------	----------------------

FISCALÍA	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

DEFENSORÍA	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

LUGAR Y FECHA	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

..... FIRMA DEL INTERESADO / A ACLARACIÓN DE FIRMA
-----------------------------------	------------------------------

MADRE - PADRE - TUTOR - GUARDADOR - CURADOR - APOYO	ACLARACIÓN DE FIRMA
---	---------------------