

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

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

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

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)

<b>APELLIDO/S</b>	
-------------------	--

<b>NOMBRE/S</b>	
-----------------	--

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

<b>NRO. DOCUMENTO</b>		<b>NACIONALIDAD</b>	
-----------------------	--	---------------------	--

<b>DOMICILIO</b>	
------------------	--

<b>Cod. postal</b>		<b>Localidad</b>	
--------------------	--	------------------	--

<b>PROVINCIA</b>		<b>Nro. TELEFONO</b>	(    )
------------------	--	----------------------	--------

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

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

<b>JUZGADO</b>	
----------------	--

<b>SECRETARÍA</b>		<b>Depto. JUDICIAL</b>	
-------------------	--	------------------------	--

<b>FISCALÍA</b>	
-----------------	--

<b>DEFENSORÍA</b>	
-------------------	--

<b>LUGAR Y FECHA</b>	..... / ..... / .....
----------------------	-----------------------

--	--

FIRMA DEL INTERESADO / A MADRE - PADRE - TUTOR - GUARDADOR - CURADOR - APOYO	ACLARACIÓN DE FIRMA
---	---------------------