

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				GÉNERO	Masculino <input type="checkbox"/>				Femenino <input type="checkbox"/>								
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO	DNI F <input type="checkbox"/>		LC <input type="checkbox"/>		PAS <input type="checkbox"/>		País										
	DNI M <input type="checkbox"/>		LE <input type="checkbox"/>		CI <input type="checkbox"/>												
NRO.DOCUMENTO					CUIT/CUIL												
NACIONALIDAD						TIPO	Nativo <input type="checkbox"/>			Naturalizado <input type="checkbox"/>							
TIPO DE RESIDENCIA	Transitoria		Permanente		FECHA VENCIMIENTO												
	Temporal		Precaria														
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"/>							
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)**

APELLIDO/S

NOMBRE/S

<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO</b>	DNI F <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	País
	DNI M <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	

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

DOMICILIO

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

<b>PROVINCIA</b>	<b>Nro. TELÉFONO</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
---	---------------------