SD22

010070

Código SIACI

**SOLICITUD DE LA TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON MOVILIDAD REDUCIDA**

Nº Procedimiento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MOTIVOS DE LA SOLICITUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONCESIÓN RENOVACIÓN  EXPEDICIÓN DE DUPLICADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DELA PERSONA SOLICITANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso de persona física: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | | |  | | | | | | | | | Nº documento | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | |  | | | | | | | | 1º Apellido | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Nacionalidad | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso de persona jurídica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | CIF | | Nº de documento | | | | | | | | |  | | | | | | | Ámbito de actuación | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| Razón Social | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de centro | | | | | |  | | | | | | | | Nº de registro | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia | |  | | | | | |  | | | | | CP |  | | | | | | |  | | Población | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | |  | | | Teléfono móvil | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | Correo electrónico | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el avisode notificación**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | | | Nº documento | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Nacionalidad | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | |  | | | | | | | | | 1º Apellido | | | | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia | |  | | | | | | |  | | | | CP |  | | | | | | |  | | Población | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | |  | | | Teléfono móvil | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | Correo electrónico | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relación con la persona (física o jurídica) solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo postal*(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica.)*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Mayores y Personas con Discapacidad, de la Consejería de Bienestar Social, con la finalidad de tramitar el expediente de tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad y movilidad reducida. Las cesiones que se producen son las autorizadas en la legislación aplicable. Pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, en Avenida de Francia, 4, 45071 Toledo o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con la protección de datos puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Modalidad de solicitud (uso individual) | | | | | | | | |
| Persona con discapacidad.  Pensionista de Seguridad Social con pensión de incapacidad permanente en grado de total, absoluta o gran invalidez, o pensionista de clases pasivas con pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente.Residente en el Hospital de Parapléjicos.  Razones humanitarias. | | | | | | | | |
| En el caso de solicitud por persona con discapacidad | | | | | | | | |
| ¿HA SIDO RECONOCIDO SU GRADO DE DISCAPACIDAD ANTERIORMENTE? SI NO  En caso negativo ¿autoriza mediante esta solicitud a iniciar el procedimiento de reconocimiento de grado de discapacidad?  SI NO | | | | | | | | |
| En el caso de solicitud de tarjeta de estacionamiento de uso colectivo | | | | | | | | |
| Datos del vehículo dedicado exclusivamente al transporte colectivo de personas con discapacidad con movilidad reducida: | | | | | | | | |
| Modelo |  | Marca |  | Nº ocupantes |  | Matrícula |  |  |
|  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Acreditación del cumplimiento de los requisitos |
| Declaraciones responsables:  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que todos los datos consignados en la presente solicitud son veraces, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  En caso de Renovación:  Declara expresamente que SI NO, se han producido alteraciones en relación con las circunstancias tenidas en cuenta para la concesión o renovación anterior (si hubiera modificación aportará la documentación que proceda).  En caso de solicitud de Duplicado:  Declara que (márquese lo que proceda)  Se debe al extravío o robo de la tarjeta anterior y aporta copia de la denuncia presentada.  Se debe al deterioro de la tarjeta anterior.  Otras causas, aportando los siguientes documentos que justifican la petición:    **Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación:**  NO. Los acreditativos de identidad de la persona titular.  NO. Los acreditativos de identidad de la persona representante, en su caso.  NO. Los datos de residencia  NO. Los datos referidos a su grado de discapacidad.  NO. Los datos referidos a su incapacidad laboral.  NO. La inscripción en el Registro de Servicios Sociales regional, en el caso de Entidades  NO Los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración regional, concretamente los siguientes:   * Documento     , presentado con fecha     ante la unidad     de la Consejería de * Documento       , presentado con fecha      ante la unidad      de la Consejería de   En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.  DOCUMENTACIÓN. Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:  Libro de familia, en su caso.  Fotografía tamaño 32 por 26 milímetros (tipo DNI).  Certificado de la Dirección del Centro de Rehabilitación donde reside el interesado, en su caso.  Copia de la denuncia del robo o extravío de la tarjeta de estacionamiento, cuando proceda.  Sentencia del nombramiento del tutor, en su caso.  Certificado médico que acredite su limitación en la movilidad.  Certificado médico acreditativo de concurrir razones humanitarias, en su caso.  Otros (especificar):  En el supuesto de Entidades  Certificado que acredite la propiedad del vehículo por parte de la Entidad solicitante.  Memoria explicativa del servicio de transporte.  Otros (especificar): |

|  |
| --- |
| Fiiii |

En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE