



SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE ATENCIÓN TEMPRANA O HABILITACIÓN FUNCIONAL

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE :

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.F. / N.I.E.
Nacionalidad	Fecha Nacimiento (día / mes / año) / /	Domicilio: calle / plaza / avda	
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
Incapacitado legalmente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Trámite		Dispone de reconocimiento de grado de minusvalía: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si → Indicar provincia emisora del reconocimiento: _____	

2. DATOS DEL REPRESENTANTE (Cumplimentar sólo cuando la solicitud la formule persona distinta del solicitante):

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.F. / N.I.E.
Domicilio: calle / plaza / avda			Localidad
Provincia	Relación/parentesco con el solicitante		

3. TIPO DE SERVICIO QUE SOLICITA:

Atención Temprana (de 0 a 6 años)

Habilitación Funcional: Logopedia Psicomotricidad Terapia Ocupacional Fisioterapia Tratamiento Psicológico

4. DERIVADO DESDE:

Propia Iniciativa Centro de Salud Educación Servicios Sociales Asociación

Otros : _____

Nombre del Centro o Entidad: _____

5. ATENCIÓN QUE RECIBE :

Ha recibido o está recibiendo tratamiento de Atención Temprana o Habilitación Funcional :

No Si → Indicar Tratamiento y Centro: _____

Asiste a Centro de Educación Especial: No Si → Indicar Centro: _____

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
AUTORIZO que estos datos puedan ser facilitados a la Entidad prestadora del Servicio.

En....., a de de

Firma

SR/A. DIRECTOR/A DEL C.A.D.E.X. de: 06004 **BADAJOS**/ Calle Agustina de Aragón, 18 10001 **CÁCERES**/ Plaza de Gantes, 3

PROTECCIÓN DE DATOS En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Sanidad y Dependencia le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de esta documentación o cualesquiera otra que se requiera para la tramitación de esta solicitud/impreso van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante el órgano correspondiente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (marque con una x):

- Fotocopia compulsada del D.N.I. / N.I.E. del solicitante y, en su caso, del representante legal.
- En caso de tener reconocida la minusvalía en otra Comunidad Autónoma, adjuntar copia de la solicitud de traslado de su expediente de reconocimiento de minusvalía.
- Certificado de empadronamiento expedido por un Ayuntamiento de la Comunidad Autónoma de Extremadura, haciendo constar en el mismo la antigüedad, que como mínimo será de DOCE MESES anterior a esta solicitud, este último plazo no será exigible en aquellos solicitantes que concurren las siguientes circunstancias:
 - Para aquellos solicitantes del Servicio de Atención Temprana.
 - Circunstancias laborales o reagrupamiento familiar de carácter excepcional, debidamente justificadas y acreditadas.
 - Solicitantes que, residiendo fuera de la Comunidad Autónoma, tuvieran reconocida la condición de extremeñidad o Transeúntes en situación de emergencia, según la Ley 5/1987 de Servicios Sociales de Extremadura. Teniendo que aportar copia del expediente del Centro de Valoración de la Discapacidad correspondiente a su lugar de residencia.
- Informes y/o pruebas de valoración actualizadas que avalen la necesidad del Tratamiento.
- Documentación aportada voluntariamente en apoyo de la solicitud:
