

SOLICITUD DE INCLUSIÓN

I. Datos identificativos del Menor

| | | | | | |
|--|--|---------------------|--|--|--|
| Primer apellido | | Segundo Apellido | | Nombre | |
| NIF / NIE / Pasaporte | | Fecha de nacimiento | | Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | |
| Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...) | | | | Localidad | |
| Provincia | | Código postal | | Teléfono | |
| Correo electrónico | | | | | |

II. Datos del representante legal

| | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|-----------|--|--------------------|--|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre | | NIF / NIE | |
| Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...) | | | | Localidad | | | |
| Provincia | | Código postal | | Teléfono | | Correo electrónico | |
| Relación con el Menor <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador de hecho | | | | | | | |

III. Domicilio a efectos de notificaciones

| | | | | | |
|--|--|---------------|--|--------------------|--|
| Nombre y Apellidos | | | | | |
| Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...) | | | | Localidad | |
| Provincia | | Código postal | | País | |
| Teléfono 1 | | Teléfono 2 | | Correo electrónico | |

IV. Valoración y Reconocimiento de Grado de Discapacidad

| | |
|---|--|
| ¿Ha sido reconocido o calificado como persona discapacitada? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Si la respuesta ha sido afirmativa, cumplimente los siguientes datos: | |
| Grado reconocido Provincia Fecha última valoración | |

V. Valoración y Reconocimiento de la situación de Dependencia

| | |
|---|--|
| ¿Ha sido valorado y reconocido como dependiente? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Si la respuesta ha sido afirmativa, cumplimente los siguientes datos: | |
| Grado Nivel Provincia Fecha de la valoración | |

VI. Servicio que deriva

| | |
|--|--|
| Nombre del Servicio, Entidad o Institución | |
| Motivo | |

VII. Atención que recibe

Indique si ha recibido o está recibiendo algún tratamiento de Atención Temprana, tales como Estimulación Precoz, Psicomotricidad, Logopedia, Fisioterapia, Apoyo Escolar u otros.

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique:

Tratamiento

Servicio que lo presta

VIII. Documentación que se adjunta

Obligatoria

- DNI / NIE del menor o de su representante
- Hoja de Derivación / Acuerdo, cuando el menor sea derivado por el Centro Escolar, independientemente de que pudiera ser derivado por un Centro de Salud
- Hoja de Derivación del Sistema de Salud
- Justificante de la representación legal, tutela o Guardador de hecho, en su caso
- Fotocopia del Libro de Familia

Otra documentación a aportar

- Informes facultativos de que se disponga
- Motivo de consulta o derivación
- Otra

IX. Declaración

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en esta solicitud y en los documentos que se acompañan y autorizo a que puedan ser contrastados mediante consulta en los oportunos Ficheros Públicos.

En a de 20.....

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.

Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación.

Presente con la solicitud todos los documentos que se indican, pues con ello FACILITA EL INICIO de la atención que demanda.

Datos personales del menor

Rellenar todos los datos del recuadro referido a los datos del menor para el que se solicita el tratamiento de Atención Temprana.

Datos del representante legal

Se rellenarán todos los datos requeridos, especificando en qué condición se solicita el tratamiento: como Padre o Madre, Tutor, Representante Legal o Guardador de Hecho del menor.

Domicilio a efectos de notificaciones

Con independencia de las direcciones que se citen en los recuadros correspondientes al Menor y al Representante Legal, TODAS las notificaciones que se le puedan cursar serán remitidas a la dirección que se indique en este recuadro.

Reconocimiento de Grado de Discapacidad

Si el menor tiene efectuado la valoración y el Reconocimiento de Grado de Discapacidad efectuado en otra Comunidad Autónoma, deberá adjuntar fotocopia de la Resolución, junto con el original, para su compulsión.

Valoración y Reconocimiento de la Situación de Dependencia

Si el menor tiene efectuada la valoración y Reconocimiento de la situación de Dependencia, efectuado en otra Comunidad Autónoma, deberá presentar fotocopia de la Resolución, junto con el original, para su compulsión.

Servicio que deriva

En este recuadro se hará constar el ámbito desde el que se ha efectuado la detección de las dificultades del menor, haciendo constar el nombre del Servicio y el motivo de la solicitud. En caso de que el menor se encuentre ya escolarizado, se precisará Hoja de Derivación del Centro Escolar; si la derivación fuera efectuada por el Sistema de Salud, deberá presentar Hoja de Derivación del mismo.

Atención que recibe

Si el menor recibe o ha recibido algún tipo de atención, indíquelo así en este recuadro, así el tratamiento y el Servicio que lo presta.

Documentación que se adjunta

Las fotocopias de los informes o pruebas presentadas que avalen la necesidad de tratamiento del menor deberán estar compulsadas o, en su defecto, presentar los originales para proceder a su compulsión.

Más información

Seguidamente se relacionan los Centros Base existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón, donde pueden obtener mayor información sobre este Programa:

| Localidad | Dirección | Teléfono | Correo electrónico |
|-----------|--------------------------------|-------------|----------------------|
| Huesca | Joaquín Costa, 22 -22002 | 974 225 650 | cbhuesca@aragon.es |
| Teruel | Avda. Sanz Gadea, 2 -44002 | 978 641 325 | cbteruel@aragon.es |
| Zaragoza | Santa Teresa, 19-21- 50006 | 976 715 666 | cbzaragoza@aragon.es |
| Zaragoza | Poeta Luis Cernuda, s/n -50015 | 976 742 823 | cbactur@aragon.es |