



Servicio Extremeño de
Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

CADEX (Centro de Atención a la Discapacidad en Extremadura)

SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE ATENCIÓN TEMPRANA O HABILITACIÓN FUNCIONAL

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

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

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N.I.E. / 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: <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Psicomotricidad <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Tratamiento Psicológico

4. DERIVADO DESDE:

<input type="checkbox"/> Propia Iniciativa <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Asociación
Otros: _____
Nombre del Centro o Entidad: _____

5. ATENCIÓN QUE REQUIERE:

Ha recibido o está recibiendo tratamiento de Atención Temprana o Habilitación Funcional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → Indicar Tratamiento y Centro: _____
Asiste a Centro de Educación Especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → 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

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 discapacidad en otra Comunidad Autónoma, adjuntar copia de la solicitud de traslado de su expediente de reconocimiento de discapacidad.
- 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 a la solicitud:

.....

.....

.....

.....