

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD DEL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD.

### RECOMENDACIONES GENERALES.

La presente solicitud reviste el carácter de DECLARACION JURADA. Debe ser completada en su TOTALIDAD, por el solicitante, como condición para ser atendido por la Junta Evaluadora.

Los datos que se consignarán, pertenecen a la persona a ser evaluada y que solicita por si o por medio de un tercero el otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad.

Dado que se presentan ciertas dificultades al momento de recabar los datos, siendo estos de importancia a los fines de un relevamiento cierto de las variables socioeconómicas que hacen a los factores contextuales se propone que:

- La persona a evaluar o solicitante complete solo los campos relativos a datos personales.
- Los campos referidos a residencia, condición y categoría de actividad, situación previsional, cobertura médica, beneficio de la Ley N.O 19.279, como así también los datos referidos a tutor, guardador, curador o apoyo, sean completados por el personal que se desempeña en la junta evaluadora de acuerdo al presente instructivo.

### Procedimiento

Consignar en los casilleros correspondientes en DATOS DE LA PERSONA A EVALUAR:

- Apellido/s
- Nombre/s
- Fecha de Nacimiento
- Sexo (tilde con una cruz (X) lo que corresponda)
- Documento de Identidad Tipo<sup>1</sup> (tilde con una cruz (X) lo que corresponda).
- Expedido por: consignar la autoridad responsable de la emisión del documento antes mencionado
- Número de Documento
- CUIL / CUIT (cuando lo hubiere)
- Nacionalidad
- Tipo de Nacionalidad (tilde con una cruz (X) lo que corresponda)
- Tipo de Residencia: Sólo en caso de ser extranjeros (tilde con una cruz (X) lo que corresponda)
- Fecha de Vencimiento: en caso de poseer residencia transitoria, temporaria o precaria, consignar la fecha de vencimiento
- Domicilio
- Cod. Postal
- Número de teléfono
- Localidad
- Provincia
- Departamento/partido/municipio
- Estado Civil (tilde con una cruz (X) lo que corresponda)

<sup>1</sup> Además de las opciones de DNI, LE, LC y CI se permite la opción de colocar el pasaporte, ya que se puede emitir Certificado de Discapacidad a Extranjeros.

**Condición de Actividad:** tilde con una cruz (X) según corresponda, ateniéndose a las siguientes definiciones:

- Trabaja: la persona realiza cualquier actividad (paga o no) que genera bienes o servicios para el "mercado", Se trata de actividades laborales que haya realizado la persona, incluidas tareas regulares de ayuda en la actividad de un familiar, durante al menos una (1) hora en la semana anterior a la que se encuentra completando el formulario, reciban o no una remuneración y a quienes se hallan en uso de licencia por cualquier motivo, (Fuente: Glosario INDEC)<sup>2</sup>
- No trabaja: la persona no realizó ninguna actividad (paga o no) que genera bienes y servicios para el "mercado", durante al menos una (1) hora la semana anterior a completar este formulario.

<sup>2</sup> En el caso de los Planes Sociales (Jefe/as de Hogar), Si la persona realizó una actividad en contraprestación de recibirlo en la última semana al menos una (1) hora, debe ser ubicado en el casillero "trabaja". (Fuente. INDEC Encuesta Permanente de Hogares, EPH 2008)

Se considera trabajo a:	No se considera trabajo a:
<p>La actividad laboral paga en dinero y/o especies.</p> <p>La actividad laboral no rentada.            La actividad realizada para ayudar a un familiar en la obtención de un ingreso.</p>	<p>La actividad orientada al autoconsumo, personal o familiar.</p> <p>Las actividades de voluntariado sin pago de ninguna naturaleza.</p>

- Busca trabajo: significa haber buscado activamente trabajo durante las últimas cuatro (4) semanas. Buscar activamente: significa responder o publicar avisos en diarios u otros medios solicitando empleo; registrarse en bolsas de trabajo; preguntar por lugares de trabajo, chacras, estancias, fábricas, mercados y otros lugares de reunión; buscar recursos financieros o materiales para establecer una empresa propia; solicitar permisos y licencias para iniciar una actividad laboral; buscar trabajo a través de conocidos, amigos, allegados, etc.
- No busca trabajo: significa no haber buscado activamente trabajo durante las últimas cuatro (4) semanas.
- No aplicable: las personas menores de 14 años que no son consideradas dentro de la Población Económicamente Activa (PEA) en el cálculo de estadísticas del mercado laboral.

<sup>3</sup> Manual del Encuestador. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad-Complementaria al CENSO 2001-ENDI-2002-2003. INDEC

**Categoría de Actividad:** si la persona se ubicó en el casillero "trabaja" en el ítem anterior, tilda con una cruz (X) según corresponda, ateniéndose a las siguientes definiciones:

- Obrero o Empleado: persona que trabaja en relación de dependencia con patrón, empresa u organismo estatal. Se considera también como obrero o empleados a los trabajadores del servicio doméstico y a los trabajadores ad-honorem.
- Patrón: persona que, siendo único dueño o socio de la empresa contrata o emplea como mínimo a una persona asalariada, es decir, tiene obreros o empleados a su cargo.
- Trabajador por cuenta propia: a diferencia de los patrones, no emplea ni contrata a personas y tampoco depende de un patrón.
- Trabajador Familiar: persona que realiza frecuentemente tareas de ayuda en la actividad de un familiar.

**Situación Previsional:** tilda con una cruz (X) según corresponda, ateniéndose a las siguientes definiciones:

- Jubilación del Sistema Contributivo (Jubilación Ordinaria): es el beneficio monetario mensual que perciben las personas que poseen una cobertura legal ante las contingencias de la vejez. Incluye:
  - a) Los beneficiarios del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)
  - b) Los beneficiarios comprendidos en otros regímenes previsionales vigentes en los niveles nacional o provincial. Ej. Ejército Argentino, Armada Argentina y Fuerzas Áreas, Gendarmería Nacional, Policía Federal.
- Pensiones del Sistema contributivo:
  - a) Retiro por Invalidez: Es el beneficio monetario mensual que reciben los trabajadores que se incapacitan física o intelectualmente en forma total por cualquier causa. (Se presume que la incapacidad es total cuando la invalidez produzca en su capacidad laborativa una disminución del 66% o más).
  - b) Pensión por Fallecimiento: Es la pensión que en caso de fallecimiento de una afiliado/jubilado reciben las siguientes personas:
    - la viuda, viudo o conviviente del causante;
    - hijo/a soltera o hija viuda hasta 18 años y que no goce de otros beneficios;

- hijo/a incapacitado/a sin límite de edad, si al momento del fallecimiento del causante se encontrare incapacitado/a para el trabajo y a cargo del causante.

• Pensiones no Contributivas:

a) Por invalidez: Pensiones asistenciales destinadas a personas que presentan un grado de discapacidad que representa para su capacidad laboral una disminución del 76% o más, e ingresos económicos familiares muy limitados.

b) Graciables: son aquellas que se otorgan por medio del Congreso de la Nación de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 13.337 y por la Ley de Presupuesto General de la Nación que la otorgó.

e) A la vejez: destinadas a personas con más de 70 años.

d) A ex Combatientes: otorgadas por leyes especiales.

e) Otras: beneficio no contemplado en las opciones anteriores.

**Seguridad Social:** consignar con una cruz (X) en caso de poseer alguna de las siguientes opciones:

- Obra Social: hace referencia a la cobertura de salud que obtienen las personas que trabajan en relación de dependencia o monotributista y sus familiares, mediante afiliación obligatoria.
- Medicina Prepaga: plan de salud privado o mutual, el cual es un sistema de salud caracterizado por la adhesión voluntaria y el pago del servicio por parte del beneficiario en su totalidad. Se excluyen los servicios de emergencia médica.
- PAMI: aquellos que reciben jubilación y/o pensión
- INCLUIR SALUD (ex PRO-FE): aquellos que reciben pensiones No Contributivas.
- Pública: no posee ninguna de las anteriores, y concurre una entidad pública para ser atendido/a.

En el caso de haber consignado la posesión de alguna prestación en el ítem anterior, detallar en el casillero correspondiente el:

- Nombre de la Obra Social O Prepaga
- Numero de Afiliado

**Adquirió vehículo a través de la Ley N° 19.279 (franquicia impositiva):**

Consignar con una cruz (X) en el casillero correspondiente según posea o no

**Posee Símbolo Internacional de Acceso:**

Consignar con una cruz (X) en el casillero correspondiente según posea o no

**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?**

Consignar con una cruz (X) en el casillero correspondiente según posea o no

**En los casos que el solicitante no sea la persona a evaluar:**

Se deberá marcar la opción según corresponda y completar en su totalidad los campos que figuran a continuación.

- Apellido
- Nombre
- Tipo de Documento de Identidad
- Expedido por: consignar la Autoridad responsable de la emisión del documento antes mencionado.
- Número
- Nacionalidad
- Domicilio
- Cod. Postal
- Localidad
- Provincia
- Número de teléfono

### Mayores de edad:

• **Interesado/a con apoyo designado judicialmente:** ARTICULO 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.- Concepto. Función. Designación. Se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general.

Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.

El interesado puede proponer al juez la designación de una o más personas de su confianza para que le presten apoyo. El juez debe evaluar los alcances de la designación y procurar la protección de la persona respecto de eventuales conflictos de intereses o influencia indebida. La resolución debe establecer la condición y la calidad de las medidas de apoyo y, de ser necesario, ser inscripta en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas.

• **Interesado/a con apoyo extrajudicial:** ARTICULO 103 del Código Civil y Comercial de la Nación.- Actuación del Ministerio Público. La actuación del Ministerio Público respecto de personas menores de edad, incapaces y con capacidad restringida, y de aquellas cuyo ejercicio de capacidad requiera de un sistema de apoyos puede ser, en el ámbito judicial, complementaria o principal.

a) Es complementaria en todos los procesos en los que se encuentran involucrados intereses de personas menores de edad, incapaces y con capacidad restringida; la falta de intervención causa la nulidad relativa del acto.

b) Es principal:

i) cuando los derechos de los representados están comprometidos, y existe inacción de los representantes;

ii) cuando el objeto del proceso es exigir el cumplimiento de los deberes a cargo de los representantes;

iii) cuando carecen de representante legal y es necesario proveer la representación.

• **Curador Designado Judicialmente:** ARTICULO 32 del Código Civil y Comercial de la Nación.- Persona con capacidad restringida y con incapacidad. El juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.

En relación con dichos actos, el juez debe designar el o los apoyos necesarios que prevé el artículo 43, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona.

El o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida.

Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador.

### Menores de edad:

• **Madre/Padre/Tutor/Guardador:** Cuando la persona a evaluar sea un menor de edad, sólo podrá ser solicitante el representante legal del mismo.

### Consignar el lugar y la fecha de presentación ante la junta evaluadora:

- Lugar y Fecha.

- Firma del Interesado, y apoyo, en su caso, o del solicitante según corresponda (padre, madre, tutor, guardador o curador). En los casos en que el interesado esté imposibilitado de firmar, dicho acto se realizará por medio de la firma a ruego y/o impresión digital en su caso.

- Aclaración de Firma.

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

<b>APELLIDO/S</b>											
<b>NOMBRE/S</b>											
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>				<b>SEXO</b>		Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>			
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO</b>		DNI <input type="checkbox"/>		LE <input type="checkbox"/>		LC <input type="checkbox"/>		PAS <input type="checkbox"/>		CI <input type="checkbox"/>	
										Expedido por	
<b>NRO. DOCUMENTO</b>				<b>CUIT/CUIL</b>		-		-			
<b>NACIONALIDAD</b>				<b>TIPO</b>		Nativo <input type="checkbox"/>		Naturalizado <input type="checkbox"/>			
<b>TIPO DE RESIDENCIA</b>		Transitoria		Permanente		<b>FECHA VENCIMIENTO</b>					
		Temporal		Precaria							
<b>DOMICILIO</b>											
<b>Cod. postal</b>				<b>Teléfono</b>							
<b>LOCALIDAD</b>											
<b>PROVINCIA</b>						<b>DEPARTAMENTO</b>					
<b>ESTADO CIVIL</b>											
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"/>	
<b>CONDICIÓN DE ACTIVIDAD</b>						<b>CATEGORÍA DE ACTIVIDAD</b>					
<input type="checkbox"/> Trabaja		<input type="checkbox"/> No Trabaja		<input type="checkbox"/> Busca trabajo		<input type="checkbox"/> Obrero o Empleado		<input type="checkbox"/> Patrón (con personal a cargo)		<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia	
<input type="checkbox"/> No aplicable		<input type="checkbox"/> No busca trabajo				<input type="checkbox"/> Trabajador Familiar					
<b>SITUACION PREVISIONAL</b>											
<input type="checkbox"/> Jubilado del Sistema Contributivo				<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva a la vejez							
<input type="checkbox"/> Pensionado del Sistema Contributivo				<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva ex combatientes							
<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva / por invalidez				<input type="checkbox"/> Otra							
<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva / graciable				<input type="checkbox"/> Sin beneficio							
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>		Obra Social <input type="checkbox"/>		Medicina Prepaga <input type="checkbox"/>		PAMI <input type="checkbox"/>		Incluir Salud (ex-Pro.Fe.) <input type="checkbox"/>		Pública <input type="checkbox"/>	
<b>NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL O PREPAGA</b>											
<b>NUMERO DE AFILIADO</b>											

ADQUIRIÓ VEHÍCULO A TRAVÉS DE LEY 19.279	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	---	-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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)

<b>APELLIDO/S</b>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

<b>NOMBRE/S</b>	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO</b>	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>	Expedido por	<input type="text"/>
------------------------------------	---	--------------	----------------------

<b>NRO. DOCUMENTO</b>	<input type="text"/>	<b>NACIONALIDAD</b>	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	---------------------	----------------------

<b>DOMICILIO</b>	<input type="text"/>
------------------	----------------------

<b>Cod. postal</b>	<input type="text"/>	<b>Localidad</b>	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	------------------	----------------------

<b>PROVINCIA</b>	<input type="text"/>	<b>Nro. TELEFONO</b>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**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>	<input type="text"/>
--	--	-----------------------------	----------------------

<b>JUZGADO</b>	<input type="text"/>
----------------	----------------------

<b>SECRETARÍA</b>	<input type="text"/>	<b>Depto. JUDICIAL</b>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	------------------------	----------------------

<b>FISCALÍA</b>	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

<b>DEFENSORÍA</b>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

<b>LUGAR Y FECHA</b>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<b>FIRMA DEL INTERESADO / A</b>	<b>ACLARACIÓN DE FIRMA</b>
---------------------------------	----------------------------