

Este trámite no tiene ningún costo para el solicitante. El tratamiento de los datos personales se realiza de acuerdo a lo que establece la Ley N° 81 de 2019 sobre la protección de datos personales y su respectiva reglamentación mediante Decreto Ejecutivo N° 285 de 28 de mayo de 2021.

I. PRIMERA VEZ RENOVACIÓN LUGAR DE LA SOLICITUD: _____

II. Incluir con esta solicitud debidamente completada, los siguientes documentos:

- **Para Certificación de la Discapacidad (primera vez o renovación):** Fotocopia de cédula (nacional). Fotocopia de pasaporte y documento migratorio vigente (extranjero). Si es menor de edad presentar certificado de nacimiento o fotocopia de cédula juvenil por ambas caras. Certificación médica original (de no más seis [6] meses a la fecha de la evaluación, firmada y sellada por el médico, en hoja membretada y/o el Resumen del historial clínico según la condición de salud, y los estudios complementarios de requerirlo.
- **Para Certificación de la Discapacidad Duplicado por Robo, Pérdida o Deterioro:** Nota de Solicitud de duplicado dirigida a la Dirección Nacional de Certificaciones, firmada por el solicitante o la persona responsable, denuncia de pérdida o robo emitido por el Ministerio Público o Autoridades Competentes. En caso de deterioro, presentar el carnet afectado.

DATOS DE LA PERSONA PARA QUIEN SE ESTÁ SOLICITANDO LA CERTIFICACIÓN:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD PERSONAL:		CÉDULA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO MIGRATORIO <input type="checkbox"/>																				
NÚMERO DE IDENTIDAD PERSONAL																							
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
NOMBRE	PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE																			
APELLIDOS	PATERNO			MATERNO																			
CELULAR			TELÉFONO OTRO																				
CORREO ELECTRÓNICO																							

FECHA DE NACIMIENTO	D <input type="text"/>	D <input type="text"/>	M <input type="text"/>	M <input type="text"/>	A <input type="text"/>	A <input type="text"/>	A <input type="text"/>	A <input type="text"/>	NACIONALIDAD	<input type="text"/>	SEXO: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
---------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	--------------	----------------------	----------------------------------	----------------------------

ESTADO CIVIL (MARQUE CON √ SEGÚN CORRESPONDA)

SOLTERO/A CASADO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A UNIDO/A

STATUS (MARQUE CON √ SEGÚN CORRESPONDA)

JUBILADO PENSIONADO / POR VEJEZ OTROS _____

PENSIONADO / POR INVALIDEZ SIN BENEFICIO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

PROVINCIA	<input type="text"/>	DISTRITO	<input type="text"/>
CORREGIMIENTO	<input type="text"/>	URBANIZACIÓN	<input type="text"/>
CALLE	<input type="text"/>	EDIFICIO	<input type="text"/>
APTO. N°	<input type="text"/>	CASA N°	<input type="text"/>
ZONA	URBANA <input type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>	INDÍGENA <input type="checkbox"/>

OTROS (MARQUE CON √ SEGÚN CORRESPONDA)

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	CATEGORÍA DE ACTIVIDAD
<input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> NO TRABAJA: <input type="checkbox"/> BUSCA TRABAJO <input type="checkbox"/> NO BUSCA TRABAJO <input type="checkbox"/> NO APLICABLE	<input type="checkbox"/> OBRERO O EMPLEADO <input type="checkbox"/> SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> PATRÓN (con personal a cargo) <input type="checkbox"/> TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> TRABAJADOR DE EMPRESA PRIVADA

COBERTURA MÉDICA

SEGURO SOCIAL SEGURO PRIVADO NINGUNO

RECIBE BENEFICIOS DE PROGRAMAS SOCIALES DEL ESTADO SI NO

En el caso de Responder Sí ¿CUALES?

NOTA IMPORTANTE: La siguiente información solo debe completarse en el caso que el (la) solicitante sea menor de edad o requiera del apoyo de un tercero para solicitar la certificación de discapacidad.**DATOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE** FAMILIAR MADRE PADRE TUTOR CURADOR OTRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD PERSONAL:

CÉDULA DOCUMENTO MIGRATORIO

NÚMERO DE IDENTIDAD PERSONAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

PATERNO

MATERNO

CELULAR

TELÉFONO OTRO

CORREO ELECTRÓNICO

FECHA DE NACIMIENTO

D	D	M	M	A	A	A	A

NACIONALIDAD

SEXO: M

F

ESTADO CIVIL (MARQUE CON √ SEGÚN CORRESPONDA) SOLTERO/A CASADO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A UNIDO/A**DIRECCIÓN RESIDENCIAL**

PROVINCIA

DISTRITO

CORREGIMIENTO

URBANIZACIÓN

CALLE

EDIFICIO

APTO. N°

CASA N°

ZONA

URBANA

RURAL

INDÍGENA

EN CASO DE TUTOR O CURADOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

PROVINCIONAL

DEFINITIVO

N° DE SENTENCIA

--	--	--	--	--	--	--	--

JUZGADO

CIRCUITO
JUDICIAL
DIFTRITO
JUDICIAL

Declaro que la información contenida en este documento es veraz, correcta y completa. Para constancia se firma este documento como prueba que los datos anteriores son correctos.

FIRMA DEL SOLICITANTE / ACOMPAÑANTE

FECHA

III. SOLO PARA EL USO DE LA SENADIS

1. Área para colocar sello de (regional)

1.1. Área para franquear con reloj de correspondencia.

--