

SECRETARÍA NACIONAL  
DE DISCAPACIDAD

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> </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	D	M	M	A	A	A	A	NACIONALIDAD		SEXO: M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>										
ESTADO CIVIL (MARQUE CON ✓ SEGÚN CORRESPONDA)																									
<input type="checkbox"/> SOLTERO/A			<input type="checkbox"/> CASADO/A			<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A			<input type="checkbox"/> VIUDO/A			<input type="checkbox"/> UNIDO/A													
STATUS (MARQUE CON ✓ SEGÚN CORRESPONDA)																									
<input type="checkbox"/> JUBILADO			<input type="checkbox"/> PENSIONADO / POR VEJEZ			<input type="checkbox"/> OTROS _____			<input type="checkbox"/> PENSIONADO / POR INVALIDEZ			<input type="checkbox"/> SIN BENEFICIO													
DIRECCIÓN RESIDENCIAL																									
PROVINCIA					DISTRITO																				
CORREGIMIENTO					URBANIZACIÓN																				
CALLE					EDIFICIO																				
APTO. N°					CASA N°																				
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"/> OBRERO O EMPLEADO			<input type="checkbox"/> SERVIDOR PÚBLICO															
			<input type="checkbox"/> BUSCA TRABAJO				<input type="checkbox"/> PATRÓN (con personal a cargo)																		
			<input type="checkbox"/> NO BUSCA TRABAJO				<input type="checkbox"/> TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA																		
			<input type="checkbox"/> NO APLICABLE				<input type="checkbox"/> TRABAJADOR DE EMPRESA PRIVADA																		
COBERTURA MÉDICA																									
<input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL					<input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO					<input type="checkbox"/> NINGUNO															

