# Solicitud de Certificación de la Discapacidad

## **Presentación**

Todas las personas que solicitan la certificación de la discapacidad, al amparo del Decreto Ejecutivo 40727-MP MTSS, deben de presentar los siguientes requisitos:

* 1. **Solicitud debidamente completa, firmada o con la huella de la persona solicitante**. Si la persona solicitante es menor de edad, la solicitud la realizará su padre, madre o persona con potestad legal para hacerlo, por lo cual se debe adjuntar copia del documento de identidad de la persona responsable. La persona solicitante debe de señalar un medio válido para notificaciones, este medio usualmente debe ser un correo electrónico y/o número telefónico.
	2. **Certificado médico, constancia o epicrisis, extendido por la Caja Costarricense de Seguro Social o del Instituto Nacional de Seguros con fecha de emisión no mayor a un año** que indique la (s) deficiencia (s) permanente (s) significativa (s) en estructuras y funciones corporales que justifique su solicitud. De no contar con el documento anterior, podrá presentar un **dictamen médico emitido por un médico especialista** tratante en la deficiencia o padecimiento que motiva la solicitud **a través del sistema del Colegio de Médicos de Costa Rica (Sedimec)**.

Con respecto a dictámenes médicos emitidos en el extranjero, deben ser autenticados de manera legal para ser válido en el país.

* 1. **Copia del documento de identidad, permiso de residencia, pasaporte o cédula de residencia de la persona solicitante.** Cuando son personas menores de edad se debe aportar constancia de nacimiento o la tarjeta de identificación de menores. El documento de identidad solicitado se debe de encontrar vigente al momento de la solicitud.

Todos los documentos se pueden entregar de forma presencial en cualquiera de las Sedes del Conapdis a nivel Nacional o bien, pueden ser enviados de forma digital, a la siguiente dirección de correo electrónico:**certificaciondiscapacidad@conapdis.go.cr**

El proceso de certificación de discapacidad es un acto técnico complejo que requiere de la valoración de la deficiencia permanente, el contexto, desempeño y funcionalidad por 1 o más Profesionales en Salud del equipo interdisciplinario, por lo tanto, requiere de entrevistas de valoración para emitir resolución administrativa. El tiempo de espera varía de acuerdo con la demanda del servicio y a la condición de salud de cada persona solicitante (9 meses aproximadamente).

Puede solicitar información sobre el proceso:

**Mediante correo electrónico:**

certificaciondiscapacidad@conapdis.go.cr

**Mediante llamada telefónica:**

41 02 30 30

41 02 30 10

**Importante:**

El proceso de certificación de la discapacidad es **voluntario**

El proceso de certificación de la discapacidad es **gratuito**

Información general

Completar la información que se solicita, puede ser de forma digital o física. Los espacios marcados con asterisco (\*) son obligatorios.

1. Anote nombre y dos apellidos de la persona solicitante (asterisco \*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Anote el número de cédula de identidad, número de cédula de residencia, permiso de residencia o el número de pasaporte de la persona solicitante (asterisco \*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indique con una X la condición Migratoria de la persona solicitante:

(1.) Nacional \_\_\_\_

(2.) Extranjera \_\_\_\_

(3.) Sin documentos \_\_\_\_

1. Escriba la dirección completa de su casa indicando la provincia, cantón, distrito y otras señas (asterisco\*):

Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cantón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otras señas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Escriba en los siguientes espacios el **medio válido para notificaciones,** este medio deben ser al menos dos números telefónicos y/o correo electrónico.

**Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En el caso que **no contar** con correo electrónico y desea ser notificado por mensaje de WhatsApp marque con una equis ( X ) si **autoriza y acepta** ser notificado (a) por este medio.

\_\_\_\_ Acepto ser notificado por WhatsApp

\_\_\_\_ No acepto ser notificado por WhatsApp (debe indicar correo electrónico)

1. Indique la Sede Regional donde desea que le realicen entrega formal de la resolución administrativa final.

(1.) **Central Sur.** Guadalupe, San José.

(2.) **Chorotega.** Santa Cruz, Guanacaste.

(3.) **Pacifico Central.** El Roble, Puntarenas.

(4.) **Brunca.** San Isidro del General, Perez Zeledón.

(5.) **Huetar Atlántico.** Limón Centro.

(6.) **Huetar Norte.** Cuidad Quesada, San Carlos.

(7.) **Central Oriente.** Turrialba, Cartago.

(8.) **Central Norte.** La Valencia, Heredia.

(9.) **Central Occidente.** Naranjo Centro.

1. Anote el día, mes y año de nacimiento de la persona solicitante (asterisco \*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Anote la edad de la persona solicitante (asterisco \*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años
2. Indique con una X el sexo de la persona solicitante:

(1.) Hombre \_\_\_\_

(2.) Mujer \_\_\_\_

(3.) Intersex \_\_\_\_

1. Indique con una X el género de la persona solicitante:

(1). Masculino \_\_\_\_

(2). Femenino\_\_\_\_

(3). Trans \_\_\_\_

(99.) No indica \_\_\_\_

1. Indique con una X la etnia de la persona solicitante:

(1.) Indígena \_\_\_\_

(2.) Afrodescendiente o Mulata \_\_\_\_

(3.) Oriental (Asiática) \_\_\_\_

(4.) Blanco o Mestizo \_\_\_\_

(99.) Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(99.) No informa \_\_\_\_

1. En caso de ser mayor de edad. Indique con una X el estado civil de la persona solicitante:

(1.) Soltero (a) \_\_\_\_

(2.) Casado (a) \_\_\_\_

(3.) Divorciado (a) \_\_\_\_

(4.) Separado (a) \_\_\_\_

(5.) Viudo (a) \_\_\_\_

(6.) En unión de hecho \_\_\_\_

1. Indique con una X su escolaridad (último año aprobado):

(0.) Sin escolaridad \_\_\_\_

(2.) Enseñanza Especial (Plan Nacional, CAIPAD) \_\_\_\_

(16.) Educación primaria completa \_\_\_\_

(17.) Educación primaria incompleta \_\_\_\_. Indique último año aprobado \_\_\_\_

(36.) Educación secundaria completa \_\_\_\_

(37.) Educación secundaria incompleta \_\_\_\_. Indique último año aprobado \_\_\_\_

Educación técnica completa \_\_\_\_

Educación técnica incompleta \_\_\_\_. Indique último año aprobado \_\_\_\_

(51.) Universitaria Bachillerato \_\_\_\_

(52.) Universitaria Licenciatura \_\_\_\_

1. Ocupación actual (Marque con una X):

Asalariado (a) \_\_\_\_

Trabaja de forma independiente \_\_\_\_

Trabajo voluntario \_\_\_\_

Estudiante \_\_\_\_

Labores del hogar \_\_\_\_

Pensionado (a) \_\_\_\_

Desempleado (por salud) \_\_\_\_

Desempleado (otra razón) \_\_\_\_

Otras, cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ingreso mensual promedio (Marque con una X):

Sin ingreso \_\_\_\_

0 a 250,000 colones \_\_\_\_

251,000 a 500,000 \_\_\_\_

501,000 a 1,000.000 colones \_\_\_\_

Más de 1,000.000 colones \_\_\_\_

No informa \_\_\_\_

1. La vivienda en la que residen es (marque con una X):

Propia \_\_\_\_

Propia por bono de vivienda \_\_\_\_

Propia con hipoteca \_\_\_\_

Alquilada \_\_\_\_

Prestada \_\_\_\_

En precario \_\_\_\_

Alquilada viviendo con familiares \_\_\_\_

Alquilada compartida con no familiares \_\_\_\_

Otra, cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Escriba porque está solicitando la certificación de la discapacidad:

1. Si usted presenta discapacidad auditiva. Indique con una X la siguiente información

Requiero intérprete de Lesco \_\_\_\_

Usa audífonos \_\_\_\_

Requiero apoyo de un familiar \_\_\_\_

## **Persona de apoyo de la persona con discapacidad (si se requiere)**

Los siguientes datos se llenan si es el familiar, representante legal o garante (la persona que acompañará el proceso).

1. Anote el nombre completo de la persona encargada o de apoyo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Escriba el número de identificación de la persona encargada o de apoyo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Escriba la relación con la persona solicitante (por ejemplo: madre, padre, hermana/o, esposa/o, entre otros): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Escriba el número de contacto de la persona de apoyo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaración Jurada y Uso de Información solicitada**

**Ley Número 8968 de Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vecino/a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de persona solicitante o responsable de la persona solicitante de la certificación de la discapacidad**; declaro bajo la fe de juramento**, en conocimiento de las sanciones con que el Código Penal castiga el delito de perjurio y falso testimonio, lo siguiente: *“Que la información brindada durante el proceso para la emisión de la certificación de la discapacidad es real y fehaciente de la condición de salud, de la deficiencia (as) a largo plazo y de las limitaciones y restricciones que enfrento en el contexto”.*

Además; **hago constar que doy el consentimiento** sobre el uso de la información al personal funcionario y base de datos del Servicio de Certificación de la Discapacidad del CONAPDIS con el fin de realizar la evaluación de la discapacidad. Dicha información sensible relacionada con esta solicitud la he brindado de forma **voluntaria**, es de carácter confidencial e intransferible de acuerdo con las garantías constitucionales de la Constitución Política de Costa Rica y según La Ley n°8968 de Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma o huella de persona solicitante o responsable