# Solicitud de Renovación de Certificación de la Discapacidad

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, o bien, por medio de sus familias o su garante**. 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. **Adjuntar copia de la certificación de Discapacidad y/o copia del carné de Discapacidad**
  2. **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 en el caso de poder firmarla de manera digital, a la siguiente dirección de correo electrónico:[**certificaciondiscapacidad@conapdis.go.cr**](mailto:certificaciondiscapacidad@conapdis.go.cr)**.** No se recibirán documentos firmados de forma física en el correo electrónico.

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 los 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.

Puede solicitar información sobre el proceso

**Mediante correo electrónico:**

[certificaciondiscapacidad@conapdis.go.cr](mailto:certificaciondiscapacidad@conapdis.go.cr)

**Mediante llamada telefónica:**

41 02 30 30// 41 02 30 10

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:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nacional |
|  | Extranjera |
|  | 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 acepta ser notificado por este medio.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Acepto ser notificado por WhatsApp |
|  | No acepto ser notificado por WhatsApp **(debe indicar correo electrónico)** |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hombre |
|  | Mujer |
|  | Intersex |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Masculino |
|  | Femenino |
|  | Otro. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | No informa |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Blanco |
|  | Mestiza |
|  | Indígena |
|  | Afrodescendiente |
|  | Otro. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | No informa. |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Soltero (a) |
|  | Casado (a) |
|  | Viudo (a) |
|  | Divorciado (a) |
|  | Separado (a) |
|  | En unión de hecho |

1. Indique con una X su escolaridad:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Educación primaria \_\_\_\_ Completa \_\_\_\_ Incompleta |
|  | Educación secundaria \_\_\_\_ Completa \_\_\_\_ Incompleta |
|  | Educación técnica \_\_\_\_ Completa \_\_\_\_ Incompleta |
|  | Educación especial \_\_\_ Escuela Educación Especial \_\_\_ Plan Nacional \_\_\_ CAIPAD |
|  | Educación superior \_\_\_ Diplomado \_\_\_ Bachiller \_\_\_ Licenciatura \_\_\_ Otro |
|  | Deserción escolar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Sin escolaridad |

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 interprete de Lesco: |
|  | Usa audífonos: |
|  | Requiero apoyo de un familiar, cuál: |

## **Persona de apoyo o garante (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:

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

1. Escriba el número de identificación de la persona encargada o de apoyo:

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

1. Escriba la relación con la persona solicitante (por ejemplo: madre, padre, hermana/o, esposa/o, entre otros): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 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**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vecino/a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de ( ) persona solicitante o ( ) representante legal de la persona solicitante de la certificación de la discapacidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **; 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. La información recopilada se podrá utilizar para generar datos estadísticos y registros requeridos por el Estado en el Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE).

Firma o huella de persona solicitante o responsable

Imagen que contiene Logotipo

Descripción generada automáticamente

**Consentimiento informado para tratamiento de datos personales**

De conformidad con lo establecido en la Ley 8968 de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales y su Reglamento, se me ha informado sobre la necesidad de que los datos personales contenidos en mi expediente de salud sean consultados a efecto de analizar mi solicitud de certificación de discapacidad, tratamiento cuyas características son las siguientes:

Descripción de tratamiento: Consulta al Expediente Digital Único en Salud EDUS

Unidad encargada del tratamiento: Consejo Nacional de la Persona con Discapacidad (CONAPDIS), Dirección Técnica Servicio de Certificación de Discapacidad (SECDIS)

Fines del tratamiento: Verificar y evaluar las condiciones subyacentes y determinantes de una o varias condiciones de discapacidad en la persona solicitante.

Categorías de interesados: funcionarios del área de salud o funcionarios igualmente obligados a deber de confidencialidad que laboren en la Dirección Técnica Servicio Certificación de Discapacidad (SECDIS)

Categoría de datos: Datos de carácter identificativo o datos sensibles contenidos en los aplicativos que conforman el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) resultantes de la atención que he recibido en cualquier establecimiento de salud de la CCSS, en las diferentes áreas de atención (Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa).

* Se entiende por datos de carácter identificativo aquellos como: Identificación, dirección exacta de residencia y/o trabajo, teléfonos, correo electrónico, modalidad de aseguramiento, información patronal, ocupación, orientación sexual, fotografía, información familiar entre otros.
* Se entiende como datos relativos a la salud aquellos como: Diagnósticos, procedimientos, resultados de exámenes de laboratorio, citologías, biopsias, entre otros, historia clínica, incapacidades, antecedentes: familiares, patológicos, quirúrgicos, perinatales y laborales. Datos de vacunación, registros, odontológicos y de nutrición.

Plazos previstos para la consulta de las diferentes categorías de datos: Periodo necesario. Los datos podrán ser consultados durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la finalidad de analizar la solicitud de certificación de discapacidad presentada por el titular o su representante.

Base jurídica: Ley N° 9303 y Decreto Ejecutivo N° 4027 MP-MTSS

Se me ha indicado que tengo derecho a solicitar al responsable de la base de datos el acceso a mis datos personales, su rectificación o supresión, la limitación de su tratamiento o a oponerse al tratamiento.

Así miso se me ha indicado que tengo derecho a retirar mi consentimiento para que mis datos personales sean consultados por el CONAPDIS en cualquier momento, lo cual implicará que deberé obtener mis propios medios y aportar los documentos correspondientes a mi solicitud de certificación de discapacidad. El retirar el presente consentimiento no tendrá efecto de prestación de servicios de salud brindada por la CCSS.

Se me ha indicado que tengo derecho a presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos de los Habitantes y que antes de presentar dicha reclamación puedo dirigirme al responsable del tratamiento.

* Responsable del tratamiento: Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social. Torre A- Centro Corporativo Internacional, en Barrio don Bosco, avenida 8, calles 26 y 28. [protecciondatosgm@ccss.sa.cr](mailto:protecciondatosgm@ccss.sa.cr)
* Encargado del tratamiento: Dirección Técnica Servicio de Certificación de Discapacidad (SECDIS). La Valencia, 200 metros norte de Cementerio Jardines del Recuerdo, carretera a Heredia. [certificaciondiscapacidad@conapdis.go.cr](mailto:certificaciondiscapacidad@conapdis.go.cr)

Datos de la Agencia de Protección de Datos de los Habitantes: San Pedro de Montes de Oca, Alameda, avenida 7 y calle 49, edificio Da Vinci. [info@prohab.go.cr](mailto:info@prohab.go.cr)

Habiendo sido informado del tratamiento de datos personales que se indica, doy mi consentimiento expreso y autorizo para que la CCSS brinde acceso a mi expediente de salud y comparta mis datos personales, en modo de consulta al CONAPDIS, únicamente a efectos de que sea analizada la solicitud de certificación de discapacidad presentada a mi nombre.

En Sede Central CONAPDIS, el (día)\_\_\_\_\_\_\_\_ de (mes)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de (año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma: Firma del representante: