

USHUAIA, 13 de Agosto de 2013.-

Señores Concejales del:
Cuerpo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia
S. _____ / _____ D.

Quien suscribe Maria Beatriz del Carmen AGUILAR, titular del D.N.I. N° 17.690.644, tiene el agrado de dirigirse a Uds., con el fin de solicitarles quieran tener a bien autorizar un espacio reservado en la vía pública con la leyenda "Estacionamiento reservado para persona con discapacidad", en mi domicilio ubicado en calle Tolhuin Norte N° 161 de esta ciudad, dicho fundamento se debe a que se encuentra habilitado en la esquina de calle Tolhuin y Kuanip, el Supermercado "La Victoria", motivo por el cual les resulta muy complicado a mis hijos estacionar frente a nuestra vivienda cada vez que tienen que trasladar a mi esposo el Sr. José Dagoberto ZUÑIGA BORQUEZ, titular del D.N.I. N° 18.715.964, para que le realicen su tratamiento de rehabilitación diario para su recuperación, debido a que sufrió un Accidente Cerebro Vascular (ACV) en el Año '2011, lo que le impide moverse por sí sólo, por lo que debe utilizar una silla de ruedas.

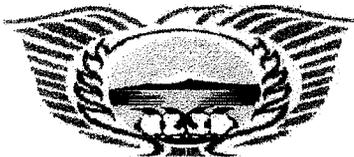
Por otro lado, solicitaría de ser factible se lo exceptúe del pago de la tasa mensual por espacio reservado en la vía pública, ya que el haber mensual de mi esposo como jubilado de Vialidad Nacional, se encuentra por debajo de la Canasta Básica Familiar.

Adjunto a la presente para su conocimiento copias de los Certificados de Discapacidad y del Documento Nacional de Identidad de mi esposo.

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable, saludo a Uds; atentamente.-

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	13/08/13 Ms. 15:33
Numero:	954 Fojas: 4
Expte. N°	
Girado:	
Recibido:	<i>[Firma]</i>

X. *[Firma]*
AGUILAR Maria B. del Carmen
D.N.I. N° 17.690.644
Tolhuin N° 161
Tel. 431-573



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.

CERTIFICADO N°: ARG-02-00018715964-20130319-20230319-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: ZUÑIGA BORQUEZ JOSE DAGOBERTO
TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 18715964 **N° CUIT/CUIL:** ----- **F/NACIMIENTO:** 30/10/1964

DIAGNOSTICO: Hemiplejía Secuelas de hemorragia intraencefálica Hipertensión esencial (primaria)

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b1140.2 b7302.3 b1141.2 b420.3 b172.3 b770.4

ESTRUCTURAS CORPORALES: s1100.370

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d550.13 d130.23 d175.34 d7700.01 d540.34 d2100.34 d410.34 d4200.34 d7100.01 d172.23 d8708.01 d630.34 d2408.23 d7600.01 d510.34 d930.00 d450.44

FACTORES AMBIENTALES: e5800.+4 e5700.+4 e1100.+4 e325.+4 e5801.+4 e1201.+4 e410.+4 e310.+4 e225..4 e1101.+4 e315.+4

ORIENTACION PRESTACIONAL:
 - REHABILITACION.- TRANSPORTE

VENCIMIENTO:
El presente certificado tiene validez hasta el: 19/3/2023
 El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

ACOMPAÑANTE:
 "En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."
Acompañante: SI

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
Lugar: Ushuaia **Fecha emisión:** 20/3/2013

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:
 Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
ZAJIC Susana Susana Zajic Médico M.M. N° 565 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	FEIJOO Claudia Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	RUBIO Elena Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello



Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

<p>00101941-8 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431</p>	<p>591353081</p>		
	<p>NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-02-00018715964-20130319-20230319-FGO-285</p>		
<p>APELLIDO ZUÑIGA BORQUEZ</p> <p>NOMBRES JOSE DAGOBERTO</p> <p>D.N.I. - M 18715964 30/10/1964</p> <p>TIPO/NRO DOCUMENTO FECHA NACIMIENTO</p> <p>Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia</p> <p>EMITIDO POR</p>	<p>FECHA EMISION 20/3/2013</p> <p>PROFESIONAL ZAJIC Susana</p> <p>Susana Zajic Médico M.M. N° 565 Junta Evaluadora T.D.F.</p>	<p>FECHA VTO 19/3/2023</p> <p>PROFESIONAL FEIJOO Claudia</p> <p>Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F.</p>	<p>ACOMPAÑANTE SI</p> <p>PROFESIONAL RUBIO Elena</p> <p>Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F.</p>



POR FAVOR LEA ATENTAMENTE
Es importante cumplir con todos los
requisitos abajo enumerados a fines de
evitar demoras e impugnaciones

PLANILLA DE EVALUACIÓN

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Traumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

la Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre:	Fuñiga Borquez, José Dagoberto
D.N.I.:	18715964

- 1- Diagnóstico principal
ACV Hemorrágico (2011)
- 2- Diagnóstico secundario
HTA - Hemiplegia izq. y sind. déficit mem.
Diabetes
- 3- Año de comienzo de la patología: 2011
- 4- Tratamientos realizados (médicos y quirúrgicos)
Medico y Rehabilitación quinesica
- 5- Tratamiento rehabilitador aplicado (indicar fecha de comienzo)
25-4-2011 Fisioterapia y Quinesioterapia
Nunca se interrumpió
- 6- Alteración en las funciones cardio-respiratorias
NO
- 7- Tipo de Marcha Confinado a silla de ruedas.
- 8- Tropismo muscular
Atrofia hemiparética izquierda
- 9- En caso de escoliosis: medición de ángulo de COBB y del índice de MOE y NASH

Estudios e informes:

Todos los estudios deben ser presentados en original y fotocopia al momento de ser evaluada la persona

- 1- Adjuntar Radiografía de las zonas afectadas con INFORME
- 2- Adjuntar RMN con INFORME
- 3- Adjuntar TAC con INFORME
- 4- Adjuntar EMG con INFORME

FECHA: 8, 2, 13

CARLOS F CABRERA
NEURÓCIRUJANO
M.M 721

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 18 AÑOS. EL DIA: / /

Sello Firma Jefe Of. Secc.

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE: **ZUNIGA BORQUEZ**
 (si es mujer el de soltera)
Deceberto
 Nombres

Nº **18715964**
VARON - MUJER D. M. **Santa**
 (dejar lo que no corresponda)

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.
 Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas, de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.
 Art. 47 - Ley 17.671.

REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
 CLASE
 SEXO
 ESTADO CIVIL
 FECHA DE EMISIÓN

impresión de pulgar derecho



Firma del interesado

Nacido/a el 30 de Octubre
 de 19 41 en Huelshor
 Part. o Depto. Blanca
 Provincia Chile
 Nación Chile
 C. I. Nº
 Expedida por

DOMICILIO
 Calle Blanca
 Nº 100
 Ciudad Blanca
 Part. o Depto.
 Provincia Blanca
 Of. Secc. Identif.
 Identificado el día 10 de Julio
 sello C. 1000 26/7
 Firma Jefe Of. Secc.

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el 21 de Julio
 de 19 88
 Certificado de ciudadanía expedido por el
 Juzgado Federal de Ushuaia
Judicial del Fuero Ac. I.A.S.
 Secretaría Nº
 sello
 Firma Hilda A. Luffano
SECRETARÍA DE LEGISLACION