

Solicitud de Prestación Asistencial - Huérfano con discapacidad

Surtirá efecto desde el día del fallecimiento del colegiado (personal de los Colegios o del CGCOM) si se tramita dentro de los 3 meses siguientes con toda la documentación a aportar completa

Datos del colegiado

Número de colegiado _____ NIF _____

Nombre y apellidos _____

Informe a emitir por el Colegio de Médicos de: _____

Situación colegial: Fecha de alta _____ Fecha de baja _____

Motivo de la baja _____

¿Está al corriente en sus deberes colegiales/socio protector? Si No (marcar con una X lo que proceda)

Si es moroso indicar: A) Cuantía de la deuda _____

B) si el Colegio le ha reclamado la deuda vía estatutaria o judicial _____

Firmado: El Secretario General,

Datos del beneficiario

Nombre y apellidos _____

NIF _____ Fecha de nacimiento _____ Nº IBAN _____

Dirección _____

C.P. _____ Población _____

Teléfono _____ Otro Tfno. de contacto _____

E-mail _____

Nº de hijos _____ Convive con _____

En caso de incapacidad legal

Tutor _____ NIF _____

Dirección _____

C.P. _____ Población _____ Tfno. _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cierto.

De conformidad con la L.O. 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, debemos informarle que los datos que nos proporciona forman parte de ficheros responsabilidad de esta Fundación para la gestión y pago de las ayudas, por lo que serán comunicados a los Colegios Médicos Provinciales y Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales, con la confidencialidad y medidas de seguridad exigidas por la normativa.

Podrá ejercitar, en relación con sus datos personales, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de esta Fundación.

Por la firma de este documento da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba indicados.

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

Prestación Asistencial - Huérfano con discapacidad

Documentación exigible

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Libro de familia.
- Sentencia de Tutela, si es el caso. Adjuntar NIF de quien ostente la misma.
- Certificación de vida.
- Certificado de defunción del socio protector.
- Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Informe del médico de familia o médico especialista.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la Unidad Familiar según el caso:
 1. Declaración de renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la Unidad Familiar obligados a declarar.
En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar certificado de imputaciones del IRPF; en el caso de los hijos, cuando estos son mayores de 21 años y menores de 25.
 2. Certificado actual de todas las prestaciones percibidas, las reciban o no.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.