

Solicitud de Prestación Asistencial - Médico con discapacidad

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación con la documentación a aportar completa

Datos del colegiado

Número de colegiado _____ NIF _____
Nombre y apellidos _____
Fecha de nacimiento _____ Nº IBAN _____
Dirección _____
C.P. _____ Población _____
Teléfono _____ Otro teléfono de contacto _____
E-mail _____
Estado civil _____ 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 petitionerio **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,

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/asociado 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,

Prestación Asistencial - Médico con discapacidad

Documentación exigible

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector.
- Sentencia de Tutela, si es el caso, adjuntando NIF de quien ostente la misma.
- Fe de vida del socio protector.
- Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Informe del médico de familia o médico especialista.
- Documentación que justifique la solicitud o percepción de ayuda pública.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la Unidad Familiar según el caso:
 - Declaraciones de renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la Unidad Familiar obligados a declarar.
 - Certificación de imputaciones IRPF de los no obligados a declarar.
 - Certificación de pensiones de la seguridad Social u otros organismos, estén o no sujetos a IRPF.
- Comprobante bancario que justifique la titularidad de la cuenta de la persona objeto de la prestación.