

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 _____

NIF _____ Fecha de nacimiento _____ N° IBAN _____

Dirección _____

C.P. _____ Población _____

Teléfono _____ Otro Tfno. de contacto _____

E-mail _____

N° 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 petionario **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/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,

Prestación Asistencial - Médico con Discapacidad

Documentación exigible

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector.
- Libro de familia.
- Sentencia de Tutela, si es el caso, adjuntando NIF de quien ostente la misma.
- Certificación de vida.
- 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 justifique la titularidad de la cuenta de la persona objeto de la prestación.