

## Solicitud de Prestación Asistencial - Viudedad

*Surtirá efecto desde el día del fallecimiento del colegiado (personal de los Colegios o del CGCOM) si se tramita dentro de los tres 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

Dirección \_\_\_\_\_

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 petitionerario **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 - Viudedad 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, adjuntando el NIF de quien ostente la misma.
- Certificación de vida.
- Certificado de defunción del socio protector.
- Certificado de empadronamiento y/o documento administrativo que justifique la inscripción como pareja de hecho, para el caso del que hubiera sido pareja de hecho del socio protector fallecido.
- 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.