

## Solicitud Prestación Asistencial Tratamientos especiales de 0 a 16 años

*Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación 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/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,

### Datos del beneficiario

Nombre y apellidos del hijo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del hijo: \_\_\_\_\_ N° IBAN : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ N° de hijos \_\_\_\_\_ Convive con \_\_\_\_\_

**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, (todos los datos La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

*(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.*

Firmado en \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del/a solicitante,

## Prestación Asistencial Tratamientos especiales de 0 a 16 años

### Documentación exigible

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector.
- NIF del menor para el que se solicita la prestación.
- Libro de Familia.
- Título de familia numerosa o familia monoparental, en caso de tener reconocida la condición.
- Informe, según el caso, de Pediatra, Rehabilitador, Neurólogo, Psiquiatra, Psicólogo y/o Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica.
- Programa del tratamiento que especifique los objetivos concretos y adaptados a la necesidad del beneficiario.
- Reconocimiento de Grado de Discapacidad, si estuviera valorada.
- 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.
  - Justificante de pensión compensatoria o pensión por alimentos.
- Presupuesto de la entidad prestadora del tratamiento, en el que se especifique el tipo, número de sesiones e importe del mismo.
- Comprobante bancario que justifique la titularidad de la cuenta de la persona objeto de la prestación.

De concederse la prestación y para justificar el pago de la misma, se requiere enviar con periodicidad semestral, copia de las facturas mensuales emitidas por la entidad prestadora del tratamiento.