

Solicitud de Prestación para la Conciliación Servicio de Atención en el Domicilio

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 _____
Apellidos y nombre _____
Dirección _____
C.P. _____ Población _____
Teléfono _____ Otro teléfono de contacto _____
E-mail _____ Nº IBAN: _____
En caso de incapacidad legal:
Tutor _____ NIF _____
Dirección _____
C.P. _____ Población _____ Tfno. _____

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,

El/La Dr./Dra. _____

Solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para su (marcar con una X lo que proceda) _____ colegiado, cónyuge/P.de hecho:

apellidos y nombre del dependiente en domicilio _____

NIF _____ Fecha de nacimiento _____ Grado y nivel de dependencia _____

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a los colegiados. (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 para la Conciliación - Servicio de Atención en el Domicilio

Documentación exigible

Socios protectores de la Fundación

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF.
- Reconocimiento de Situación de Dependencia y Programa Individual de Atención.
- Justificante, en caso de no disponer de resolución de Reconocimiento de Situación de Dependencia, de haberlo solicitado; junto con el informe de salud actualizado anexo a la solicitud e informe del Servicio de Atención Social de la Fundación.
- 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
- Presupuesto de la empresa prestadora del servicio o contrato de trabajo del profesional autónomo, en su caso, en el que se especifique el coste/hora del servicio de atención en el domicilio. Recibo bancario y/o justificante del alta en Seguridad Social, en caso de profesional/autónomo.
Es requisito que la empresa/persona prestadora del servicio esté registrada/autorizada por la autoridad competente o, en su caso, dada de alta en la Seguridad Social.
- Comprobante bancario que justifique la titularidad de la cuenta.

De concederse la prestación y para justificar el pago de la misma, se requiere enviar con periodicidad semestral, copia de las facturas, recibos o nóminas mensuales emitidas por empresa/persona prestadora del servicio de atención en el domicilio. Recibos bancarios que justifiquen el coste de la Seguridad Social, en caso de profesional/autónomo.

Cónyuges o parejas de hecho y viudo/a de socio protector

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector.
- NIF de viudo/viuda o persona que fuera pareja de hecho en caso de socio protector fallecido.
- Libro de Familia o documento administrativo que justifique la inscripción como pareja de hecho en su caso, cuando la persona beneficiaria de la ayuda es cónyuge/pareja de hecho del socio protector.
- Certificado de defunción del socio protector en caso de fallecimiento.
- Reconocimiento de Situación de Dependencia y Programa Individual de Atención.
- Justificante, en caso de no disponer de resolución de Reconocimiento de Situación de Dependencia, de haberlo solicitado; junto con el informe de salud actualizado anexo a la solicitud e informe del Servicio de Atención Social de la Fundación.
- 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
- Presupuesto de la empresa prestadora del servicio o contrato de trabajo del profesional autónomo, en su caso, en el que se especifique el coste/hora del servicio de atención en el domicilio. Recibo bancario y/o justificante del alta en Seguridad Social, en caso de profesional/autónomo.
Es requisito que la empresa/persona prestadora del servicio esté registrada/autorizada por la autoridad competente o, en su caso, dada de alta en la Seguridad Social.
- Comprobante bancario que justifique la titularidad de la cuenta de la persona beneficiaria 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, recibos o nóminas mensuales emitidas por empresa/persona prestadora del servicio de atención en el domicilio. Recibos bancarios que justifiquen el coste de la Seguridad Social, en caso de profesional/autónomo.