

Solicitud de Prestación Asistencial - Tratamientos Especiales de 6 a 21 años

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos del colegiado: N° 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 de sus deberes colegiales/socio protector: Sí , No (marcar lo que proceda)

Si es moroso, indicar: a) Cuantía de la deuda: _____

b) Reclamación de la deuda: SI. Especificar vía estatutaria o judicial _____

NO. Motivo _____

Firmado: el Secretario General,

Datos del solicitante:

Nombre y apellidos: _____

NIF: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección Postal: _____ nº: _____ piso: _____ CP: _____

Población _____ Provincia _____

Telefonos de contacto. fijo: _____ Móvil: _____ Correo electrónico: _____

Personas con las que convive: _____ N° de hijos: _____

N° IBAN: _____

En caso de incapacidad legal:

Tutor. Nombre y apellidos: _____ NIF: _____

Dirección postal: _____ nº: _____ piso: _____ CP: _____

Población: _____ Provincia: _____

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.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, y, en particular, en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD), por lo que se le facilita la siguiente información acerca del tratamiento: Finalidad del tratamiento: los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y validez, usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC, de tipo asistencial, educacional y de conciliación de los solicitantes, y/o de los receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted, para enviar información de la fundación que pudiera ser de su interés: invitación a eventos, actividades de la fundación etc. **Base de legitimación:** el consentimiento libre e inequívoco del interesado. **Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio Médicos Provincial al que pertenezca el colegiado, con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados; sus datos serán comunicados a las Administraciones Públicas, para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. Adicionalmente, y para la correcta prestación del servicio, tendrán acceso a sus datos, los asesores jurídicos y contables, así como la empresa informática. **Obligación de facilitar los datos:** los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. **Criterios de conservación de los datos:** sus datos serán conservados por interés mutuo y hasta que el interesado no solicite la baja de la prestación concreta. Una vez solicitada la baja, se procederá al bloqueo de sus datos y posterior supresión. **Derechos que asisten al Interesado:** A) Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. B) Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. C) Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** Calle Cedaceros 10, 28014, Madrid.dpo@cgcom.es.

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

Solicitud de Prestación Asistencial - Tratamientos Especiales de 6 a 21 años

Documentación a entregar Solicitud de Alta

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector solicitante.
- NIF del hijo para el que se solicita el tratamiento.
- Libro de Familia.
- Título de familia numerosa o familia monoparental en caso de tener reconocida tal condición.
- Reconocimiento del Grado de Discapacidad y Dependencia y del PIA. De no tenerlo, aportar el Informe emitido por el organismo público con la valoración de la necesidad del tratamiento.
- Justificantes de ingresos: de todos los miembros de la Unidad Familiar según el caso:
 - 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 de todos los miembros de la Unidad Familiar.
 - Certificado actual de todas las pensiones públicas, las reciban o no, de toda la Unidad Familiar.
- Facturas emitidas por la entidad proveedora del tratamiento, en las que se especifique el tipo de tratamiento, nº de sesiones e importe económico de las mismas.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.