

Solicitud de Prestación de Conciliación – Centro de Día/Noche

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación con toda la documentación a aportar completa.

Datos del colegiado: N° de colegiado: _____ NIF: _____

Nombre y apellidos: _____

Informe a emitir por el Colegio de Médicos de: _____

Situación colegial como socio protector: Fecha de alta: _____ Fecha de baja: _____
Motivo de la baja: _____

Está al corriente de sus aportaciones como socio protector: SI NO (marcar lo que proceda)
Si es moroso, indicar: a) Cuantía de las aportaciones pendientes: _____
b) Reclamación de la deuda: SI. Especificar la reclamación _____
NO. Motivo _____

Firmado: el Secretario General,

.....
Datos del Beneficiario:

Nombre y apellidos: _____

NIF: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección Postal: _____ n.º: _____ piso: _____ CP: _____

Población: _____ Provincia: _____

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

Personas con las que convive: _____ N.º de hijos: _____

Nº IBAN: _____

En caso de incapacidad legal:

Tutor. Nombre y apellidos _____ NIF: _____

Dirección postal: _____ n.º: _____ 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 de Conciliación – Centro de Día/Noche

Documentación a entregar para la Solicitud de Alta

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector solicitante.
- NIF de la persona para la que se solicita la ayuda.
- Libro de Familia que acredite el parentesco o inscripción como pareja de hecho.
- Certificado de defunción del socio protector fallecido.
- Título de familia numerosa o familia monoparental, en caso de tener reconocida la condición.
- Reconocimiento del Grado de Discapacidad y Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA) del solicitante y de otros miembros de la UF.
- 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 el 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.
- Certificado del Centro de Día/Noche en el que se detalle el coste mensual y la fecha de ingreso.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.