

Solicitud de Prestación para la Conciliación - Servicio de Respirio

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

Datos del colegiado:

Nº 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: _____ Teléfono: _____

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 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 (marcar con una X lo que proceda): Colegiado Cónyuge/P. de hecho .

Apellidos y nombre del beneficiario: _____

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

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 pertenece 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,

Prestación para la Conciliación - Servicio de Respiro

Documentación a entregar para la Solicitud de Alta

Socios protectores de la Fundación:

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector.
- Libro de familia.
- Reconocimiento de situación de Dependencia y Discapacidad y del Programa Individual de Atención (PIA). De no tener el reconocimiento, informe de salud actualizado anexo a la solicitud e informe del Servicio de Atención Social de la Fundación.
- En caso de empeoramiento puntual de su situación funcional basal (intervención quirúrgica, accidente, etc...), informe de médico especialista que acredite esta situación.
- 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 UF
- Facturas de la empresa prestadora del servicio (residencia o atención en el domicilio) o contrato de trabajo del profesional autónomo, en su caso, en el que se especifique el coste del mismo. Recibo bancario y justificante del alta en Seguridad Social, en caso de profesional/autónomo.
- Comprobante bancario que justifique la titularidad de la cuenta.

Cónyuges o parejas de hecho, viudo/a:

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector.
- NIF del cónyuge o pareja de hecho, viuda/o del socio protector.
- Libro de Familia y/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 (PIA). De no tener la resolución, justificante de haberla solicitado, junto con el informe de salud actualizado anexo a la solicitud e informe del Servicio de Atención Social de la Fundación.
- En caso de empeoramiento puntual de su situación funcional basal (intervención quirúrgica, accidente, etc...), informe de médico especialista que acredite esta situación.
- 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 U.F.
- Facturas de la empresa prestadora del servicio (residencia o atención en el domicilio) o contrato de trabajo del profesional autónomo, en su caso, en el que se especifique el coste del mismo. Recibo bancario y justificante del alta en Seguridad Social, en caso de profesional/autónomo.
- Comprobante bancario que justifique la titularidad de la cuenta de la persona objeto de la prestación.