

## Solicitud de Prestación para la Autonomía Personal en el Hogar - Productos para el Cuidado Personal

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

### Datos del colegiado:

Nº 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 cantidad pendiente: \_\_\_\_\_

b) El Colegio le ha reclamado la cantidad pendiente \_\_\_\_\_

Firmado: el Secretario General,

### Datos del beneficiario:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nº IBAN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Otro teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

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

Nº 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 todo 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](http://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/la solicitante,

## Prestación para la Autonomía Personal en el Hogar - Productos para el Cuidado Personal

### Documentación exigible

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- NIF del socio protector.
- NIF de la persona solicitante o para la que se solicita la prestación, de no ser el socio protector.
- Libro de Familia o documento administrativo que justifique la inscripción como pareja de hecho en su caso.
- Certificado de empadronamiento que justifique el domicilio habitual.
- Certificado de vida de la persona solicitante o para la que se solicita la prestación.
- Sentencia de tutela, si es el caso, adjuntando NIF de quien ostente la misma.
- Certificado de defunción del socio protector en caso de fallecimiento.
- Certificado de empadronamiento, para el caso del que hubiera sido pareja de hecho del socio protector en el momento del fallecimiento.
- Título de familia numerosa o familia monoparental, en caso de tener reconocida la condición.
- Resolución del grado de dependencia, discapacidad y el PIA.
- 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.
- Factura desglosada y detallada del producto adquirido.
- Comprobante bancario que justifique la titularidad de la cuenta de la persona objeto de la prestación.
- Justificante de solicitud de ayuda a otros organismos por el mismo concepto y respuesta de denegación.