

SOLICITUD DE PRÓRROGA ANUAL – DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia del 1 de agosto al 30 de octubre 2020.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS: _____

DENOMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN (Marcar lo que proceda):

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- Atención en el Domicilio (SAD).
- Centro de Día/Noche.
- Centro residencial.
- Residencia Siglo XXI.

TIPO DE USUARIO:

- Colegiado.
- Cónyuge o pareja de hecho/viudo/a.
- Hijo/a.
- Beneficiario/a.

D./D^a (nombre y apellidos): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito me sea concedida una **prórroga** para el año 2022 en la prestación que vengo percibiendo, en la cuantía establecida para el citado año.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos 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 y que son remitidas por 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: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. **Base de legitimación:** consentimiento del interesado. **Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. **Obligación de facilitar los datos:** los campos requeridos son de cumplimiento obligatorio ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. **Criterios de conservación de los datos:** sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. **Derechos que asisten al Interesado:** derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** calle Cedaceros 10, 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.

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

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

OBLIGATORIO CONFIRMACIÓN DE DATOS DE CONTACTO (cumplimentar en letra mayúscula):

D./D^a: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN SEGÚN EL TIPO DE PRESTACIÓN:

- **Para las prestaciones: Teleasistencia Domiciliaria (TAD), Centro de Día/Noche, Centro residencial, Residencia Siglo XXI:**
 - Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
 - *Si no se ha aportado con anterioridad:* Reconocimiento de Grado de Discapacidad y Dependencia, y el Plan de Atención Individualizado (PIA) del solicitante y de otros miembros de la Unidad Familiar (UF) que lo tengan.
 - Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UF según el caso:
 - Declaración de renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la UF obligados a declarar. En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar certificado de imputaciones del I.R.P.F. de todos los miembros de la UF.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UF.
 - Última factura abonada a la entidad prestadora del servicio.
- **Atención en el Domicilio (SAD):**
 - Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
 - *Si no se ha aportado con anterioridad:* Reconocimiento de Grado de Discapacidad y Dependencia, y el Plan de Atención Individualizado (PIA) del solicitante, y de otros miembros de la Unidad Familiar (UF) que lo tengan.
 - Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UF según el caso:
 - Declaración de renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la UF obligados a declarar. En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar certificado de imputaciones del I.R.P.F. de todos los miembros de la UF.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UF.