

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – CENTRO DE DÍA/NOCHE***Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº de colegiado/a: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

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

**Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:** \_\_\_\_\_

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

Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector:  SÍ  NO (marcar lo que proceda)

Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes: \_\_\_\_\_

Reclamación de la deuda:  SÍ. Especificar la reclamación: \_\_\_\_\_

NO. Motivo: \_\_\_\_\_

Firmado: El/La Secretario/a General,

**Datos del beneficiario/a (socio protector):**

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

N.I.F.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: Fijo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nº IBAN ES \_\_\_\_\_

**Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):**

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

N.I.F.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: Fijo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

El/La Dr./Dra.: \_\_\_\_\_

**solicita** le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para padre/madre, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios.**Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:** \_\_\_\_\_

N.I.F.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado de Dependencia: \_\_\_\_\_

Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el solicitante 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 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 cumplimentación obligatoria 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](http://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](mailto: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 PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – CENTRO DE DÍA/NOCHE****Documentación a entregar – Solicitud de alta****Padres:**

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- N.I.F. del socio protector.
- N.I.F. de la persona usuaria de la prestación.
- Libro de familia.
- Sentencia de tutela, si es el caso. Adjuntar N.I.F. de quien ostente la misma.
- Reconocimiento de Grado de Discapacidad y Dependencia y del Plan de Atención Individualizado (PIA) del padre/madre y de otros miembros de su Unidad Familiar (UF) que lo tengan.  
En caso de no tenerlo, justificante de haberlos solicitado junto con el informe Socio-Sanitario anexo a la solicitud e informe del Servicio de Atención Social de la Fundación solicitado por esta.
- 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.
- Certificado del Centro de Día/Noche en el que se detalle el coste mensual y la fecha de ingreso.
- Última factura emitida por Centro de Día/Noche.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.