

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD – HUÉRFANO CON DISCAPACIDAD.**

*Únicamente se percibirán atrasos devengados desde la fecha del fallecimiento del Socio Protector, cuando la prestación se solicite dentro de los 3 meses inmediatamente posteriores al fallecimiento del Socio Protector.*

**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:**

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: \_\_\_\_\_

**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 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 ASISTENCIAL – ORFANDAD – HUÉRFANO CON DISCAPACIDAD.****Documentación a entregar – Solicitud de alta**

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del huérfano/a.
- NIF del hijo/a.
- NIF del progenitor no fallecido.
- Libro de Familia.
- Anexo *Composición Unidad Familiar Computable* cumplimentado.

Si anteriormente han percibido la prestación económica de Orfandad-Menor de 21 años, no será necesario aportar el Libro de Familia ni el documento anexo, en caso de proceder, salvo que se hayan dado variaciones en la composición de la UFC.

- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.
- Certificado de defunción del Socio Protector o de ambos progenitores.
- Si el huérfano/a o hijo/a del Socio Protector, según proceda, se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad del huérfano/a o hijo/a del Socio Protector, según proceda.
- Si el huérfano/a o hijo/a, según proceda, tuviese reconocida una situación de dependencia en Grado III, resolución administrativa completa de dicho reconocimiento.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
  - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
  - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.