

SOLICITUD DE RENOVACIÓN PRESTACIÓN HIJO CON DISCAPACIDAD.

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia del 1 de agosto al 31 de octubre.

Colegio Oficial de Médicos de _____

Datos del Socio/a Protector/a:

Nombre y apellidos _____ NIF _____

Nº de colegiado/a (si procede) _____

Datos de beneficiario/a (hijo/a):

Nombre y apellidos _____ NIF _____

Fecha nacimiento _____ Domicilio _____

Nº _____ Piso _____ Población _____ Provincia _____

C.P. _____ Tfno. _____ Tfno (Móvil) _____ E-mail _____

 Domicilio a efectos de notificaciones**Datos del representante (si procede):**

Es usted:

 Persona autorizada Tutor Tutor Institucional Guardador de hecho Guardador de hecho judicial Curador Defensor judicial

Nombre y apellidos/Razón Social _____

NIF/CIF _____ Fecha nacimiento _____

Domicilio _____

Nº _____ Piso _____ Población _____ Provincia _____

C.P. _____ Tfno. _____ Tfno (Móvil) _____ E-mail _____

 Domicilio a efectos de notificaciones

Al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC **solicita que**, le sea renovada la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios.

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 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 remitidos por los solicitantes y/o 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 la 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) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** calle Cedaceros 10, 28014, Madrid o dpo@caqcom.es
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,



ANEXO COMPOSICIÓN UNIDAD FAMILIAR COMPUTABLE (UFC).

D./Dña. _____,

como beneficiario/a de la prestación solicitada, hago constar que mi unidad familiar está formada por los siguientes miembros:

Parentesco	Edad	Discapacidad	% Discapacidad	Incapacidad Judicial / Curatela Representativa
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	_____	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	_____	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	_____	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	_____	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	_____	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

Firma.

Documentación a entregar, junto con el impreso de solicitud cumplimentado y firmado.

- En caso de representación autorizada, documentación acreditativa de la representación y documentación identificativa del representante.
- Anexo *Composición Unidad Familiar Computable*.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la Unidad Familiar Computable (UFC), actualizados.
- Documentación acreditativa de las modificaciones en la situación del beneficiario/a de la prestación, que puedan influir en la resolución de la misma.