

SOLICITUD DE ALTA AUTONOMÍA PERSONAL – AYUDA PARA EL USO DE TRANSPORTE ADAPTADO.

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia antes del 31 de agosto (1º semestre) o antes del 28 de febrero (2º semestre).

Solicitud presentada por el Colegio Oficial de Médicos de _____

Datos del beneficiario/a (Socio/a Protector/a):

Nombre y apellidos _____ NIF _____

Fecha nacimiento _____ Domicilio _____

Nº _____ Piso _____ Población _____ Provincia _____

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

Domicilio a efectos de notificaciones

Nº IBAN _____

Datos del representante (si procede):

Es usted:

- | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persona autorizada | <input type="checkbox"/> Tutor |
| <input type="checkbox"/> Tutor Institucional | <input type="checkbox"/> Guardador de hecho |
| <input type="checkbox"/> Guardador de hecho judicial | <input type="checkbox"/> Curador |
| <input type="checkbox"/> 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

Solicita que, le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios, **siendo el destinatario/a de la misma**:

Él/Ella mismo/a Cónyuge Pareja de hecho Hijo/a

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@cqcom.es

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

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante.

**Informe para llenar por el Colegio Oficial de Médicos****Colegio Oficial de Médicos de:****Datos del colegiado/a:**

Nº de colegiado/a _____ NIF _____
Nombre y apellidos _____

Situación colegial como Socio Protector:

Fecha de alta _____ Fecha de baja _____ Motivo baja _____
Al corriente de las aportaciones como Socio Protector Sí No *

*Cuantía de las aportaciones pendientes _____

* Reclamación deuda Sí _____

* Reclamación deuda No _____

Firmado: El/La Secretario/a General.

ANEXO AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN EN TRÁMITES CON FPSOMC

Don/Doña _____ con NIF _____

OTORGA SU REPRESENTACIÓN aDon/Doña _____ con NIF _____
a los efectos de realizar trámites ante la FPSOMC, en nombre del representado. La representación para la presentación de solicitudes incluye la presentación de documentación complementaria, alegaciones y reclamación previa contra la resolución inicial de la solicitud formulada por el representante, así como la recepción por el representante de comunicaciones informativas relativas al trámite de la solicitud.

Solicitud de _____

ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN

Con la firma del presente escrito el representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del otorgante, así como de la copia del DNI/NIE/Pasaporte del mismo. Este modelo de representación debe ir acompañado de la copia del DNI/NIE/Pasaporte del otorgante

*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@cgcom.es*
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

El/la otorgante

El/la representante

**ANEXO COMPOSICIÓN UNIDAD FAMILIAR COMPUTABLE (UFC).**

D./Dña. _____, como beneficiario/a de la prestación solicitada, hago constar que mi unidad familiar está formada por:

Únicamente por mí mismo/a

Por mí mismo/a y los siguientes miembros:

*. Si el destinatario/a de la prestación es el cónyuge o pareja de hecho del Socio/a Protector/a, debe ser incluido/a indicando solamente "destinatario/a" en el apartado de parentesco.

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"/>
_____	_____	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.Relativa al beneficiario/a de la prestación.

- DNI/NIE.
- Anexo: Informe para llenar por el Colegio Oficial de Médicos.
- En caso de representación legal, documentación acreditativa de la representación y documentación identificativa del representante: *Sentencia, Testimonio de sentencia (copia de sentencia con firma y sello digital) y/o Diligencia de aceptación y jura de cargo.*
- En caso de representación autorizada, Anexo *Autorización de representación en trámites con FPSOMC.*
- Comprobante bancario que garantice su titularidad de la cuenta.

Relativa al destinatario/a de la prestación.

- DNI/NIE.
- En caso de contar con la condición de pareja de hecho de Socio/a Protector/a, certificado de inscripción como pareja de hecho en el registro municipal o autonómico correspondiente.
- Libro de Familia.
- Anexo *Composición Unidad Familiar Computable.*
- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.
- Resolución administrativa completa del Reconocimiento de grado de discapacidad. En caso de no disponer de este reconocimiento, justificante de su solicitud.
- Facturas del semestre correspondiente emitidas por la empresa proveedora del servicio de transporte adaptado, o del taxi adaptado con el que se han realizado los desplazamientos.
- En caso de contar con subvención por parte de otros organismos públicos y/o privados, documentación justificativa de la cuantía recibida.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la Unidad Familiar Computable (UFC).
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC, que la hayan presentado.
 - Certificado de Imputaciones del IRPF de los miembros de la UFC mayores de edad, que no hayan realizado la Declaración de la Renta.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones públicas de todos los miembros de la UFC mayores de edad y de los menores de edad sólo en caso de que sean titulares de pensiones y/o prestaciones públicas.