

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN PRESTACIÓN TRATAMIENTOS ESPECIALES.**

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

Colegio Oficial de Médicos de \_\_\_\_\_

**Datos de beneficiario/a (Socio/a Protector/a; Huérfano/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:

- |                                                      |                                             |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <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

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, **siendo el destinatario/a de la misma:**

Él/Ella mismo/a ☐ 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](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,

**ANEXO AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN EN TRÁMITES CON FPSOMC**

Don/Doña \_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_

**OTORGA SU REPRESENTACIÓN a**

Don/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](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** calle Cédaceros 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 \_\_\_\_\_

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"/>

Firmado en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma.

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

- 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.*
- Anexo *Composición Unidad Familiar Computable.*
- En caso de recibir un nuevo tratamiento, informe clínico del especialista que lo prescribe y programa del mismo, especificando los objetivos, la metodología y la frecuencia de sesiones.
- En caso de contar con el reconocimiento de la Prestación Económica Vinculada al Servicio de Promoción de la Autonomía Personal, extractos de ingreso bancarios del semestre correspondiente.
- En caso de contar con cobertura económica por parte del Seguro Escolar, resolución administrativa completa de dicha cobertura.
- En caso de contar con una edad igual o superior a 21 años e inferior a 26 años y con el reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33% e inferior al 65%, matrícula firmada y sellada por el centro educativo, donde consten los estudios en los que se encuentra matriculado y el curso escolar.
- Facturas del semestre que corresponda del tratamiento o tratamientos por los que se solicita la prestación, emitidas por el centro o centros responsables del mismo.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la Unidad Familiar Computable (UFC), actualizados.
- Documentación acreditativa de las modificaciones en la situación del destinatario/a, que puedan influir en la resolución de la prestación.