

Sol·licitud d'Atenció especialitzada (fills de 0-12 anys)

1. DADES DEL TITULAR DE LA PRESTACIÓ (MEMBRE COL·LEGIAT)

Núm. de col·legiat

NIF Nom

Primer cognom Segon cognom

Data de naixement

Adreça

Població Província Codi Postal

Telèfon Particular Telèfon mòbil

Correu electrònic

Situació laboral En actiu Baixa/Invalidesa

2. DADES DEL BENEFICIARI/A (FILL/A)

Nom i cognoms	DNI	Data de naixement	Edat actual
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			

3. DADES BANCÀRIES DEL BENEFICIARI/A

Núm. de C/C

Titular del compte:

4. DADES SOCIOECONÒMIQUES DEL BENEFICIARI/A

ESTRUCTURA DE L'ENTORN FAMILIAR DE CONVIVÈNCIA

Nombre de persones que conviuen al domicili:

Edats de les persones que conviuen al domicili:

Nivell de parentiu de les anteriors:

SUPORTS I SERVEIS D'ATENCIÓ SOCIAL I DE LA SALUT AMB ELS QUE COMPTA (indicar cost mensual)

- Cuidador no familiar:
- Servei d'ajut a domicili:
- Serveis especialitzats a domicili:
- Altres serveis:

FONS D'INGRESSOS PER PRESTACIONS PÚBLIQUES (situar cost mensual)

- Dependència:
- Altres:

DADES D'ALTRES INTEGRANTS DE L'ENTORN DE CONVIVÈNCIA

FAMILIAR 1

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ LABORAL

- En actiu
- Jubilació
- Baixa/invalidesa
- Atur
- Estudiant

FAMILIAR 2

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ LABORAL

- En actiu
- Jubilació
- Baixa/invalidesa
- Atur
- Estudiant

FAMILIAR 3

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ LABORAL

- En actiu
- Jubilació
- Baixa/invalidesa
- Atur
- Estudiant

FAMILIAR 4

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ LABORAL

- En actiu
- Jubilació
- Baixa/invalidesa
- Atur
- Estudiant

5. DEFINICIÓ DE NECESSITATS

Principals dificultats actuals que presenta la persona beneficiària de l'ajut, definint concretament el seu estat actual en les esferes següents: estat de salut i diagnòstics principals (adjuntar informe mèdic), suports socials amb els que compta o necessita..., entre d'altres que es considerin d'interès a destacar.

6. DEFINICIÓ DE NECESSITATS DE L'ENTORN FAMILIAR DE CONVIVÈNCIA

Altres aspectes rellevants a destacar dins l'entorn familiar (presència de persones grans, infants, familiars amb patologies cròniques..., entre d'altres). Tanmateix definir la **contribució satisfactòria que suposaria rebre l'ajut sol·licitat.**

7. DECLARACIÓ DEL SOTASIGNAT

_____, amb NIF _____

DECLARO:

Que tota la informació continguda en el present formulari de sol·licitud és veraç.

ACCEPTO:

Totes i cadascuna de les condicions de la Convocatòria d'ajuts econòmics i socials per a l'exercici de l'any en curs, que es concreten en:

- Aquesta convocatòria únicament inclou prestacions econòmiques/socials de caràcter puntual i finalista.
- Aquestes prestacions no generen dret.
- Aquestes prestacions estan sotmeses a una disponibilitat pressupostària.
- La concessió de qualsevol prestació final sempre ha de tenir en compte l'estat de necessitat del sol·licitant en relació amb els seus recursos personals i econòmics.
- La valoració de sol·licituds comporta la comprovació de tot allò que estigui relacionat amb la sol·licitud.
- Cal tenir en compte que hi ha algunes prestacions sotmeses a incompatibilitats entre elles, les quals es tindran en compte en el procés de valoració de sol·licituds.

EM COMPROMETO:

A signar la documentació requerida i complir amb els requeriments establerts pel Programa de Protecció Social del Col·legi Oficial de Metges de Girona.

SIGNATURA

_____, _____ d _____ de 201

Els informem que, d'acord amb el Reglament (UE) 2016/679 General de Protecció de Dades, posem a la seva disposició la següent informació:

El responsable del tractament de les seves dades és el Col·legi Oficial de Metges de Girona (COMG), amb CIF: Q1766001J i domicili a Girona, C/ Albareda, 3-5 - CP 17004.

Tractarem la informació que vostè ens faciliti per avaluar la possibilitat de concessió de l'ajuda sol·licitada i, si és el cas, gestionar la concessió de la mateixa. Tanmateix, l'informem que les fotografies o vídeos que es realitzin per documentar el lliurament del benefici podran ser utilitzades per a publicitar les activitats del COMG en diferents mitjans de comunicació, com pàgines webs, butlletins informatius, revistes, etc.

Les dades personals proporcionades es conservaran mentre vostè no ens sol·liciti la seva supressió, i en tot cas, mentre vostè estigui rebent l'ajuda corresponent.

En el cas que vostè hagi proporcionat dades de caràcter personal de terceres persones, garanteix que els ha recaptat lícitament i que ha subministrat a l'afectat la informació necessària sobre el tractament de les seves dades. Així mateix, vostè es fa responsable per sol·licitar el consentiment de l'afectat per a la cessió i tractament de les seves dades de caràcter personal per compte de Col·legi Oficial de Metges de Girona (COMG). Quan les persones afectades exerceixin els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, limitació del tractament, portabilitat de dades i a no ser objecte de decisions individualitzades automatitzades davant el Col·legi Oficial de Metges de Girona (COMG), ho comunicarem a l'interessat de manera immediata.

Els informem que les seves dades podran ser cedides a la Fundació Privada Pascual i Prats i al Col·legi Oficial de Metges de Girona - Serveis, S.A.U per a la gestió administrativa conjunta, i a d'altres organismes externs en el cas que sigui necessari per a la consecució de la finalitat abans esmentada.

Vostè té dret a obtenir confirmació sobre si en el Col·legi Oficial de Metges de Girona estem tractant dades personals que li concerneixin, o no. Pot accedir a les seves dades personals, així com a sol·licitar la rectificació de les dades inexactes o, si s'escau, sol·licitar la seva supressió quan, entre d'altres motius, les dades ja no siguin necessàries per als fins que van ser recollides. En determinades circumstàncies, vostè podrà oposar-se o sol·licitar la limitació del tractament de les seves dades, en aquest cas únicament les conservarem per motius legítims imperiosos, o l'exercici o la defensa de possibles reclamacions.

Per la signatura del present document vostè dona el seu consentiment de forma expressa a que les seves dades i les dades dels menors d'edat que vostè representa siguin tractades pel Col·legi Oficial de Metges de Girona en els termes de la present clàusula.

Nom:

DNI:

Signatura:

Data:

8. DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- Formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia llibre de família de la persona beneficiària.
- Informe de valoració mèdic emès pel CDIAP, CSMIJ o metge referent, envers la necessitat del tractament del menor. Altres informes tècnics que acreditin la situació objecte d'atenció.
- Fotocòpia del reconeixement del certificat de discapacitat de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del reconeixement de la situació de dependència de la persona beneficiària, si en té.
- Factura/es del tractament que rep la persona beneficiària.
- Fotocòpia del comprovant bancari que garanteixi la titularitat del compte per part de la persona beneficiària.
- Document fiscal model 145 que s'adjunta, complimentat amb les dades de la persona beneficiària.