

ATENCIÓ SOCIAL I A LA DEPENDÈNCIA



1. DADES DEL MEBRE COL·LEGIAT

NOM I COGNOMS	
NIF	
DATA DE NAIXEMENT	
ADREÇA	
POBLACIÓ	
PROVÍNCIA	
CODI POSTAL	
TELÈFON PARTICULAR	
TELÈFON MÒBIL	
CORREU ELECTRÒNIC	
NÚM. DE COL·LEGIAT	
SITUACIÓ LABORAL	<input type="checkbox"/> En actiu <input type="checkbox"/> Jubilació <input type="checkbox"/> Baixa/invalidesa

2. DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE L'AJUT

NOM I COGNOMS	
NIF	
DATA DE NAIXEMENT	
ADREÇA	
POBLACIÓ	
PROVÍNCIA	
CODI POSTAL	
TELÈFON PARTICULAR	
TELÈFON MÒBIL	
NIVELL DE PARENTIU AMB EL COL·LEGIAT	



ENTORN FAMILIAR DE CONVIVÈNCIA HABITUAL	<input type="checkbox"/> Domicili particular amb familiars <input type="checkbox"/> Domicili particular amb cuidador no familiar <input type="checkbox"/> Viu sol al domicili particular <input type="checkbox"/> Centre residencial. Any d'ingrés: _____
DADES BANCÀRIES	Núm. de compte: Titular del compte: (Ha de coincidir amb qui esdevé persona beneficiària de l'ajut)

3. DADES SOCIOECONÒMIQUES

3.1. PERSONA BENEFICIÀRIA DE L'AJUT

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 QUÈ COMPTA (indicar cost mensual)

- Cuidador no familiar:
- Servei d'ajut a domicili:
- Servei de tasques a la llar:
- Serveis especialitzats a domicili:
- Centre de dia:
- Transport adaptat:
- Centre residencial:
- Altres serveis:

FONS D'INGRESSOS PER PRESTACIONS PÚBLIQUES (quantia mensual)

- Jubilació:
- Invalidesa:
- Viduïtat:
- Pensió no contributiva:
- Dependència:
- Altres:



FONS D'INGRESSOS PRIVATS (quantia mensual)

- Pòlisses:
- Assegurances:
- Béns immobles:
- Altres:

3.2 DADES REFERENTS A 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

4. DEFINICIÓ DE NECESSITATS DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE L'AJUT

Entre les principals dificultats que presenta actualment la persona beneficiària de l'ajut, cal definir concretament les esferes següents: estat de salut i diagnòstics principals, estat d'ànim, suports socials amb què compta o necessita... entre altres que es considerin interessants de destacar.

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

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

6. TIPOLOGIA DE PRESTACIÓ I/O SERVEI PER AL QUAL SOL·LICITA AJUT

Amb una X a la graella esquerra, marca la línia (o línies) de suport per a les quals sol·licites ajut per part del COMG.

ATENCIÓ SOCIAL I A LA DEPENDÈNCIA	
<input type="checkbox"/>	1. AJUT ECONÒMIC PUNTUAL
<input type="checkbox"/>	2. SERVEI D'ATENCIÓ A DOMICILI
<input type="checkbox"/>	3. TELEASSISTÈNCIA
<input type="checkbox"/>	4. AJUT D'ADAPTACIÓ A LA LLAR
<input type="checkbox"/>	5. AJUT ECONÒMIC PER AJUDES TÈCNIQUES
<input type="checkbox"/>	6. SUPORT PER CONVALESCÈNCIA

NOMÉS ES POT DEMANAR UN AJUT PER SOL·LICITUD I ANY

7. DOCUMENTACIÓ COMPLEMENTÀRIA QUE CAL APORTAR

Has de presentar la documentació descrita a continuació per a cada un dels ajuts en un **període màxim de de tres mesos** des de la data en què fas la sol·licitud.

AJUT ECONÒMIC PUNTUAL	
	El present formulari de sol·licitud degudament emplenat.
	Fotocòpia de la resolució de valoració del grau i nivell de dependència per part de l'Administració pública de la persona beneficiària de l'ajut.
	Fotocòpia de sol·licitud de valoració per part de l'Administració pública de la persona beneficiària de l'ajut quan no disposi encara de la resolució de dependència.
	Fotocòpia del NIF de la persona beneficiària de l'ajut (quan no és membre col·legiat).
	Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària de l'ajut (quan no és membre col·legiat).
	Fotocòpia de la declaració de la renda de l'any anterior de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència.
	Comprovant bancari que garanteixi la titularitat del compte per part de la persona beneficiària de l'ajut.
	Document fiscal degudament emplenat (model 145).

SERVEI D'ATENCIÓ A DOMICILI	
	El present formulari de sol·licitud degudament emplenat.
	Fotocòpia de la resolució de valoració del grau i nivell de dependència per part de l'Administració pública de la persona beneficiària de l'ajut.
	Fotocòpia de sol·licitud de valoració per part de l'Administració pública de la persona beneficiària de l'ajut quan no disposi encara de la resolució de dependència.
	Fotocòpia del NIF de la persona beneficiària de l'ajut (quan no és membre col·legiat).
	Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària de l'ajut (quan no és membre col·legiat).
	Fotocòpia de la declaració de la renda de l'any anterior de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència.
	Document fiscal degudament emplenat (model 145).

TELEASSISTÈNCIA	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària de l'ajut (quan aquest no és membre col·legiat).
	Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària de l'ajut (quan no és membre col·legiat).
	Fotocòpia de la documentació que acrediti que la persona beneficiària de l'ajut fa ús del servei de teleassistència de l'administració pública.
	Comprovant bancari que garanteixi la titularitat del compte per part de la persona beneficiària de l'ajut.
	Document fiscal degudament complimentat (Model 145).

AJUT D'ADAPTACIÓ A LA LLAR	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Fotocòpia de la resolució de valoració del grau i nivell de dependència per part de l'administració pública de la persona beneficiària de l'ajut.
	Fotocòpia de sol·licitud de valoració per part de l'Administració pública de la persona beneficiària de l'ajut quan no es disposi encara de la resolució de dependència.
	Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària de l'ajut (quan no és membre col·legiat).
	Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària de l'ajut (quan no és membre col·legiat).
	Factura/es que acreditin una adaptació a la llar durant l'any en que es sol·licita l'ajut.
	Fotocòpia de la declaració de la renda de l'any anterior de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència.
	Comprovant bancari que garanteixi la titularitat del compte per part de la persona beneficiària de l'ajut.
	Document fiscal degudament emplenat (Model 145).

AJUT ECONÒMIC PER AJUDES TÈCNIQUES	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Fotocòpia de la resolució del reconeixement del Grau de Discapacitat emès per part del CAD.
	Fotocòpia de la resolució de valoració del grau i nivell de dependència per part de l'administració pública, si s'escau.
	Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat (quan aquesta no és membre col·legiat).
	Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat (quan aquesta no és membre col·legiat).
	Factura/es que acreditin l'adquisició de l'ajuda/es tècnica/ques durant l'any en que es demana l'ajut.
	Fotocòpia de la darrera declaració de la renda de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència. En el cas que el beneficiari i/o el seu nucli de convivència no realitzi/n la declaració de la renda, aportar un certificat de no renda i en el seu defecte, el beneficiari ha de signar una declaració jurada conforme aquest i/o el seu nucli de convivència no realitza/en la declaració de renda.
	Certificat anual de pensions de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència, si el té.
	Comprovant bancari que garanteixi la titularitat del compte per part de la persona beneficiària de l'ajut.
	Document fiscal degudament complimentat (Model 145).

SUPORT PER CONVALESCÈNCIA	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Justificant de la situació de baixa laboral temporal i/o dependència.
	Informe mèdic on es defineixi la situació de convalescència, així com el possible curs i pronòstic estimat, juntament amb les orientacions medico terapèutiques a desenvolupar per remetre la situació.
	Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat (quan aquesta no és membre col·legiat).
	Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat (quan aquesta no és membre col·legiat).
	Fotocòpia de la darrera declaració de la renda de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència. En el cas que el beneficiari i/o el seu nucli de convivència no realitzi/n la declaració de la renda, aportar un certificat de no renda i en el seu defecte, el beneficiari ha de signar una declaració jurada conforme aquest i/o el seu nucli de convivència no realitza/en la declaració de renda.
	Certificat anual de pensions de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència, si el té.
	Document fiscal degudament complimentat (Model 145).



8. DECLARACIÓ DEL SOTASIGNAT

_____, amb NIF _____

DECLARO:

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

ACCEPTO:

Totes i cada una 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.

ES COMPROMET:

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 20

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: