PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL

FORMULARI DE SOL·LICITUD: SERVEI D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA (FILLS DE 0-21 ANYS)

1. Dades del membre col·legiat

Nom: Núm. col·legiat:

Cognoms:

NIF: Data de naixement:

Adreça: Població:

Província: Codi postal:

Telèfons:

Correu electrònic:

Situació laboral: ☐ En actiu ☐ Jubilació ☐ Baixa/Invalidesa

2. Dades de la persona beneficiària de l'ajut (Fills de 0-21 anys)

FILL 1

Nom: Cognoms:

NIF: Data de naixement: Edat actual:

FILL 2

Nom: Cognoms:

NIF: Data de naixement: Edat actual:

FILL 3

Nom: Cognoms:

NIF: Data de naixement: Edat actual:

FILL 4

Nom: Cognoms:

NIF: Data de naixement: Edat actual:

Dades bancàries

Titular del Compte*:

Nº Compte:

***Ha de coincidir amb qui esdevé persona beneficiària de l'ajut.**

3. Dades sòcio econòmiques

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 ELS QUE COMPTA (situar quantia mensual)

☐ Cuidador no familiar:

☐ Servei d'Ajut a Domicili:

☐ Serveis Especialitzats a domicili:

☐ Altres serveis:

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

☐ Dependència:

☐ Altres:

Dades referents a altres integrants de l'entorn de convivència

FAMILIAR 1

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ FAMILIAR

☐ En actiu ☐ Baixa/Invalidesa ☐ Estudiant
☐ Jubilació ☐ Atur

FAMILIAR 2

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ FAMILIAR

☐ En actiu ☐ Baixa/Invalidesa ☐ Estudiant
☐ Jubilació ☐ Atur

FAMILIAR 3

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ FAMILIAR

☐ En actiu ☐ Baixa/Invalidesa ☐ Estudiant
☐ Jubilació ☐ Atur

FAMILIAR 4

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ FAMILIAR

☐ En actiu ☐ Baixa/Invalidesa ☐ Estudiant
☐ Jubilació ☐ Atur

4. Definició de necessitats de la persona beneficiària de l'ajut

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, estat d'ànim, suports socials amb els que compta o necessita, entre d'altres que es considerin d'interès a destacar.

5. 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**.

6. Documentació complementària que cal aportar

La documentació que cal presentar i es descriu a continuació, s'estableix en un **període màxim de presentació de tres mesos** des de la data que es fa la sol·licitud.

- ☐ El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- ☐ Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- ☐ 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 llibre de família de la persona beneficiària.
- ☐ Fotocòpia de la darrera declaració de la renda del metge sol·licitant i el seu nucli de convivència.
- ☐ 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, complimentat amb les dades de la persona beneficiària.

7. Declaració del sotasignat

La Sra./El Sr. , amb DNI

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

ACCEPTA:
Totes i cadascuna de les condicions exposades a continuació en relació als Ajuts econòmics i socials del Programa de Protecció Social per a l'exercici de l'any en curs, que es concreten en:

- Es tracta de prestacions econòmiques i socials de caràcter puntual i finalista.
- Aquestes prestacions no generen dret.
- Aquestes prestacions estan sotmeses a una disponibilitat pressupostària.
- Sempre la concessió de qualsevol prestació final ha de tenir en compte l'estat de necessitat del sol·licitant en relació als 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 requisits establerts pel Programa de Protecció Social del Col·legi Oficial de Metges de Girona.

SIGNATURA

_____ , _____ de _____ 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 d'aquesta. 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 web, 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 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 el concerneixin, o no. Pot accedir a les seves dades personals, així com a sol·licitar la rectificació de les dades inexactes o, si escau, sol·licitar la seva supressió quan, entre 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 què 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.