

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIÓN/ES INDIVIDUALES. PERSONAS CON DISCAPACIDAD

LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN _____ COLECTIVO _____

CONVOCATORIA/EJERCICIO: _____

de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:		KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		PAÍS:			C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:								DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:									
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:		KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		PAÍS:			C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

2 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que, en su caso, proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.

- AUTORIZO** como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.
- AUTORIZO** como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que **AUTORIZO** a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.

Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.

Apellidos y nombre: DNI:

Correo electrónico:

Nº móvil:

3 DATOS BANCARIOS

Código Entidad	<input type="text"/>	Código Sucursal	<input type="text"/>	Dígito Control	<input type="text"/>	Nº Cuenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entidad:											
Domicilio:											
Localidad:	Provincia:	C. Postal:							

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:

- Cumpló los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.
- No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.
- He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.



4	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas				Minimis (en su caso) (S/N)
Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	€	-----
-----	-----	-----	€	-----
-----	-----	-----	€	-----
Concedidas				Minimis (en su caso) (S/N)
Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	€	-----
-----	-----	-----	€	-----
-----	-----	-----	€	-----
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las bases reguladoras.				
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de ----- euros.				
En ----- a ----- de ----- de ----- LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE				
Fdo.: -----				

ILMO./A SR./SRA. DELEGADO/A PROVINCIAL DE

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad de la estadística.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5 DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN

SOLICITA LA AYUDA PARA: (Señalar con una x)

___ ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE PRÓTESIS Y/O ORTESIS

___ Prótesis dental

___ Prótesis ocular

___ Prótesis auditiva

___ ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS

___ ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR

___ GASTOS DE DESPLAZAMIENTO PARA LA ASISTENCIA AL CENTRO RESIDENCIAL, DE DÍA O CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA

A) ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE PRÓTESIS Y/O ÓRTESIS

(Siempre que no se encuentren en el catálogo general de prestaciones ortoprotésicas del SAS)

Descripción de la prescripción:

Importe del presupuesto o factura: _____

B) ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS

(Siempre que no se encuentren en el catálogo general de prestaciones ortoprotésicas del SAS)

Descripción de la ayuda técnica

Importe del presupuesto o factura: _____

001887D

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5

DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (Continuación)

C) ADAPTACIÓN DE VEHICULOS A MOTOR

Descripción de la adaptación a realizar o realizada:

Importe del presupuesto o factura: _____

D) GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD AL CENTRO RESIDENCIAL O DE DÍA AL QUE DEBAN ASISTIR, EN AQUELLOS CASOS EN QUE NO PUEDAN HACER USO TOTAL O PARCIAL DEL SERVICIO DISPONIBLE DE TRANSPORTE, ASÍ COMO LOS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS QUE ESTÉ RECIBIENDO ATENCIÓN TEMPRANA PARA DESPLAZARSE AL CENTRO AL QUE DEBAN ASISTIR:

D/Dña _____

¿Ocupa plaza concertada? _____

Asiste al centro o centros:

Durante un periodo de _____ meses, desde el ___/___/____ al ___/___/____

Utilizando el medio de transporte: (señalar la que procede con una x)

- ____ Vehículo propio
- ____ Taxis
- ____ Tren
- ____ Autobús

Siendo el gasto mensual realizado o a realizar de : _____ euros

Que la distancia desde mi domicilio al centro al que asisto hay aproximadamente _____ Kilómetros

001887D

6

CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).

CRITERIO :

(Somera descripción del criterio)

1- ADECUACIÓN DE LA PRESTACIÓN A LAS NECESIDADES DE LA PERSONA INTERESADA,

(indicar la situación de necesidad)

2.- CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS DE LA PERSONA SOLICITANTE.

(Renta per cápita de la unidad de convivencia).

Declaro bajo mi expresa responsabilidad que los datos de la unidad familiar a la que pertenezco, así como los ingresos obtenidos por cada uno de sus miembros en el año 20__, son las siguientes, autorizando los citados miembros al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto refundido de la Ley General de Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010

Solicitante				
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20__	Parentesco	FIRMA AUTORIZACIÓN

Fecha de nacimiento: __/__/____

1º Miembro unidad familiar				
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20__	Parentesco	FIRMA AUTORIZACIÓN

Fecha de nacimiento: __/__/____

2º Miembro unidad familiar				
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20__	Parentesco	FIRMA AUTORIZACIÓN

Fecha de nacimiento: __/__/____

3º Miembro unidad familiar				
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20__	Parentesco	FIRMA AUTORIZACIÓN

Fecha de nacimiento: __/__/____

4º Miembro unidad familiar				
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20__	Parentesco	FIRMA AUTORIZACIÓN

Fecha de nacimiento: __/__/____

5º Miembro unidad familiar				
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20__	Parentesco	FIRMA AUTORIZACIÓN

Fecha de nacimiento: __/__/____

Documentación a aportar en el trámite de audiencia para acreditar este criterio (en su caso):

- 1:.....
- 2:.....
- 3:.....

001887D

6

CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).

CRITERIO :
(Somera descripción del criterio)

3.- SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DEL/DE LA SOLICITANTE. (señalar con X)

- No tiene grado y nivel de dependencia ni lo ha solicitado
- No tiene grado y nivel de dependencia pero lo ha solicitado
- Tiene reconocido grado y nivel de dependencia

Grado de dependencia _____

Nivel de dependencia _____

Documentación a aportar en el trámite de audiencia para acreditar este criterio (en su caso):

- 1:.....
- 2:.....
- 3:.....

4.- GRADO DE MINUSVALÍA

El solicitante tiene reconocida una minusvalía del _____ %

Documentación a aportar en el trámite de audiencia para acreditar este criterio (en su caso):

- 1:.....
- 2:.....
- 3:.....

5.- SITUACIÓN FAMILIAR. (Señalar con una X)

- Otra persona con discapacidad o ancianidad (mayor de 65 años) en la familia
- Familia Monoparental
- Familia Numerosa
- Exclusión Social

Documentación a aportar en el trámite de audiencia para acreditar este criterio (en su caso):

- 1:.....
- 2:.....
- 3:.....

6.- OTRAS CIRCUNSTANCIAS MÁXIMO (señale con una X)

¿ Ha solicitado esta modalidad de ayudas en años anteriores y le ha sido denegada por no alcanzar la puntuación mínima establecida?

Si

NO

Documentación a aportar en el trámite de audiencia para acreditar este criterio (en su caso):

- 1:.....
- 2:.....
- 3:.....

001887D