

**ANEXO I**

**AYUDAS PERIÓDICAS PARA PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD**

Nº Expte. Regional:

**1. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

N.I.F		APELLIDOS Y NOMBRE:			
DOMICILIO:		NÚMERO:	PISO:	LOCALIDAD:	
MUNICIPIO:		CODIGO POSTAL		TELÉFONO:	
SEXO: <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:	
<input type="checkbox"/> TITULAR/BENEFICIARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL		<input type="checkbox"/> TITULAR/BENEFICIARIO OTROS REGÍMENES (MUFACE, ISFAS ...)			
¿ ESTÁ INTERNADO EN UN CENTRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DENOMINACIÓN Y DIRECCIÓN DEL MISMO:			
TIPO DE MINUSVALÍA:	GRADO:	FECHA CERTIFICADO DE LA CALIFICACIÓN:	PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO:		

**2. DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD  
(NO RELLENAR SI ES EL SOLICITANTE)**

N.I.F		APELLIDOS Y NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:			
DOMICILIO:		Nº	PISO:	LOCALIDAD:	
MUNICIPIO:		CODIGO POSTAL		TELÉFONO:	
RELACIÓN CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/TÍTULO DE REPRESENTACIÓN					

**CUANDO EL SOLICITANTE VIVA SOLO, INDICAR PERSONA DE CONTACTO:**

N.I.F		APELLIDOS Y NOMBRE:			
DOMICILIO:		NÚMERO:	PISO:	LOCALIDAD:	
MUNICIPIO:		CODIGO POSTAL		TELÉFONO:	
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:					

**3. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA AYUDA (SOLICITANTE O REPRESENTANTE, EN SU CASO)**

N.I.F.PERCEPTOR:	APELLIDOS Y NOMBRE PERCEPTOR:
CÓDIGO CUENTA CLIENTE (20 DÍGITOS)	

#### 4. TIPO DE AYUDA SOLICITADA

<b>Rehabilitación</b>	<b>Asistencia especializada</b>
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Prestación permanente de servicios personales
<input type="checkbox"/> Psicomotricidad	<input type="checkbox"/> Asistencia institucionalizada en centros de atención especializada para minusválidos, en régimen de internado (mensuales)
<input type="checkbox"/> Terapia del lenguaje	<b>Ayudas Complementarias</b>
<input type="checkbox"/> Conjunto de tratamientos	<input type="checkbox"/> Transporte para rehabilitación y asistencia especializada, en centros de atención a personas con discapacidad
<input type="checkbox"/> Tratamientos psicoterapeúticos	<input type="checkbox"/> Transporte especial para rehabilitación y asistencia especializada, en centros de atención a personas con discapacidad.

#### 5. DATOS SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR. COMPOSICION Y DECLARACION DE INGRESOS

PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR	N.I.F.	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS ANUALES	
				PENSIONES O TRABAJO	RENDIMIENTOS DE CAPITAL MOBILIARIO E INMOBILIARIO
SOLICITANTE	_____	_____	_____		

#### 6.- DECLARACION DE BIENES MUEBLES

¿POSEE ALGÚN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR BIENES MUEBLES ( DEPÓSITOS BANCARIOS, ACCIONES, FONDOS DE INVERSIÓN, ETC.)?

NO                       SI                      IMPORTE \_\_\_\_\_

#### 7.- MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR CON GRADO DE MINUSVALÍA RECONOCIDO.

NOMBRE	GRADO RECONOCIDO	PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO

#### 8.- OTROS FAMILIARES DE PRIMER GRADO (HIJOS) QUE NO CONVIVAN CON EL SOLICITANTE (SOLO PARA LA PRESTACIÓN PERMANENTE DE SERVICIOS PERSONALES)

PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR	N.I.F.	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS ANUALES	
				PENSIONES O TRABAJO	RENDIMIENTOS DE CAPITAL MOBILIARIO E INMOBILIARIO

## 9. DECLARACION DEL SOLICITANTE

D. \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_  
**manifiesto no percibir otras ayudas** que, en su conjunto y con la adición de la Ayuda de que es objeto la presente convocatoria, superen el importe máximo establecido para la ayuda solicitada.

## 10. DOCUMENTOS QUE DEBEN APORTARSE CON ESTA SOLICITUD

- Fotocopia compulsada del D.N.I. en vigor de la persona con discapacidad, aun cuando fuere menor de edad.\*
- Fotocopia compulsada del Permiso de Residencia en vigor de la persona con discapacidad, aun cuando fuere menor de edad.\*
- Fotocopia del D.N.I./Permiso de Residencia en vigor del representante o perceptor, en su caso.\*
- Certificado de empadronamiento en el que se acredite que el solicitante reside en la Región de Murcia y en el que consten todos los miembros incluidos en la misma hoja padronal.
- Certificado de pensión de clases pasivas o de organismos extranjeros.
- Fotocopia del documento bancario en el que figure como titular el solicitante o representante, en su caso, así como el número de código cuenta cliente (20 dígitos).\*
- Acreditación de los ingresos que perciban los miembros adultos de la unidad familiar.
- Acreditación de haber sido reconocido minusválido por el Órgano competente.

### Solo para tratamiento e internado

- Presupuesto detallado de la acción a realizar, según modelo Anexos III Y IV.
- Para fisioterapia: acreditación del centro escolar al que asiste de no disponer de tratamiento de fisioterapia, o de su insuficiencia.
- Para psicoterapia: acreditación de no poder recibir tratamiento de psicoterapia en su Centro de Salud Mental.

### Solo para transporte

- Presupuesto detallado de la acción a realizar según modelo Anexo IV.
- Billete de autobús, o presupuesto taxi, en su caso.

### Solo para prestación permanente de Servicios Personales

- Presupuesto detallado de la acción a realizar según modelo Anexo V.

\* Los documentos así señalados deben ser legibles

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD** que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y **autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.** Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al IMAS a través del Centro Municipal de Servicios Sociales, **cualquier variación** que pudiera producirse, a partir de la fecha de presentación de esta solicitud, respecto a mi situación personal (cambio de residencia, variación de estado civil), económica (realización de trabajos, percepción de otras pensiones, rentas de capital) y familiar (variación de las personas con las que convivo).

Así mismo, quedo informado que los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero de perceptores/beneficiarios de ayudas y subvenciones de carácter social, con la exclusiva finalidad de gestionar la prestación solicitada. El responsable de este fichero/tratamiento es el IMAS, ante cuyo titular puedo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2008

Fdo: \_\_\_\_\_

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL INSTITUTO MURCIANO DE ACCIÓN SOCIAL