



SOLICITUD

AYUDAS INDIVIDUALIZADAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

0582-11

Nº Expte.Regional _____

1 - Datos del Solicitante

Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombre _____
Documento _____	Via _____	
Número _____ Piso _____ Puerta _____	Portal _____ Escalera _____	Km _____ Código Postal _____
Municipio _____	Localidad _____	Teléfono _____
Email _____		Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
Estado Civil _____	Nacionalidad _____	Fecha Nacimiento _____
Lugar Nacimiento _____		
<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"/> Sí <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)

Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombre _____
Documento _____	Via _____	
Número _____ Piso _____ Puerta _____	Portal _____ Escalera _____	Km _____ Código Postal _____
Municipio _____	Localidad _____	Teléfono _____
Email _____		Fecha Nacimiento _____
Estado Civil _____		
Relación con la persona con discapacidad/Título de representación _____		

Cuando el solicitante viva sólo, indicar persona de contacto

Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombre _____
Documento _____	Via _____	
Número _____ Piso _____ Puerta _____	Portal _____ Escalera _____	Km _____ Código Postal _____
Municipio _____	Localidad _____	Teléfono _____
Relación con el Solicitante _____		

3 - Datos Bancarios para el Abono de la ayuda (Solicitante o Representante)

Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombre _____
Documento _____	Código Cuenta Corriente (20 Dígitos) _____	

4 - Tipo de Ayuda Solicitada

Asistencia Personal

- Dietas especiales (anuales)
 Desenvolvimiento personal

Movilidad y Comunicación

- Obtención permiso de conducir
 Adquisición de vehículo a motor
 Adquisición de vehículos especiales de baja velocidad
 Adaptación de vehículos a motor
 Eliminación de barreras arquitectónicas
 Adquisición de ayudas técnicas (especificar)

Asistencia Domiciliaria

- Prestación temporal de servicios personales
 Adaptación funcional del hogar

Ayudas complementarias

- Transporte para rehabilitación y asistencia especializada
 Transporte especial para rehabilitación y asistencia especializada, en centros de atención a personas con discapacidad
 Ayudas para residencia en centros de discapacitados, incluido comedor
 Ayudas para residencia en centros de discapacitados casos individuales

5 - Datos sobre la Unidad Familiar. Composición y Declaración 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 - Declaración de Bienes Muebles / Inmuebles

¿Posee algún miembro de la unidad familiar bienes muebles (depósitos bancarios, acciones, fondos de inversión, etc.) e inmuebles (bienes urbanos o rústicos)?

Si No Importe _____ Valor Catastral _____

7 - Miembros de la unidad familiar con grado de discapacidad o dependencia reconocido

NOMBRE	GRADO RECONOCIDO	PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO

8 - Declaración del solicitante

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre _____
Documento _____

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.

9 - Documentos que deben aportarse con esta solicitud

Sólo para adaptación funcional del hogar

- Fotocopia compulsada del D.N.I. en vigor de la persona discapacitada, aun siendo menor de edad.*
- Fotocopia compulsada del Permiso de Residencia del extranjero en vigor de la persona con discapacidad, aun siendo menor de edad.
- Fotocopia del D.N.I./Permiso de Residencia en vigor del representante o del perceptor, en su caso.*
- Certificado de empadronamiento en el que 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.
- Presupuesto detallado de la acción a realizar (superior a 180€). En el supuesto de haber adquirido lo solicitado, fotocopia de la factura.
- Fotocopia del documento bancario en el que figure como titular el solicitante o representante, en su caso, así como el número de código de cuenta cliente (20 dígitos).*
- Acreditación de los ingresos que perciban los miembros adultos de la unidad familiar.
- Acreditación de haber sido reconocido discapacitado por el Órgano competente, en que aquellos casos en que el reconocimiento se haya efectuado en Comunidad Autónoma distinta de la Región de Murcia.

Sólo para transporte y residencia

- Acreditación de la asistencia al centro de tratamiento o residencia, debidamente especificado por la Dirección del establecimiento correspondiente (días, semanas, meses).
- Presupuesto detallado de la acción a realizar, según modelo Anexo III.
- Billete de autobús o presupuesto taxi (según proceda).

Sólo para adaptación funcional del hogar y/o eliminación de barreras arquitectónicas

- Documento acreditativo de la titularidad de la vivienda objeto de adaptación/eliminación de barreras.
- En caso de cesión:** Además del documento anterior, documento de cesión del titular de la vivienda por un periodo no inferior a cinco años.
- En caso de alquiler:** copia del contrato de alquiler que acredite la vigencia del mismo por un periodo no inferior a cinco años, así como autorización del propietario de la vivienda para efectuar las obras.
- Presupuesto detallado de la acción a realizar, según modelo Anexo V.

Sólo para adaptación de vehículo a motor

- Documento que acredite la propiedad del vehículo a adaptar o en su caso la cesión del mismo.

*** 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.

Firma del interesado _____ , _____ de _____ de _____