

SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

R.D.L. 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y R.D. 383/1984, de 1 de febrero.

(Antes de cumplimentar los datos, lea las instrucciones)

I. PRESTACIONES QUE SOLICITA.

Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica	☐
Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte.....	☐

II. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA.

1. Datos Personales.

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		NUM. D.N.I./N.I.F	
FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		NACIONALIDAD/ES		ESTADO CIVIL
Día	Mes	Año	Hombre	Mujer			
DOMICILIO (CALLE O PLAZA)							CÓDIGO POSTAL
			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
LOCALIDAD				PROVINCIA			TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO							MÓVIL
¿TIENE ASISTENCIA SANITARIA?		ASEGURADO/A		BENEFICIARIO/A		NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	
SI	NO	☐	☐				

2. Datos de la discapacidad o enfermedad crónica.

(Cumplimentar únicamente si se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte)

¿Tiene reconocido grado de discapacidad?	Sí ☐	No ☐
Si la respuesta ha sido afirmativa indique:	Provincia:	Año Porcentaje ..%
Si la respuesta ha sido negativa se le informa que:		
1.- En base a esta solicitud que usted formula se procederá a valorar y reconocer el grado de discapacidad de la persona interesada.		
2.- Dicha valoración, al ser preceptiva y vinculante, suspende el cómputo del plazo máximo de resolución de esta solicitud (artículo 42.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre y su actualización a partir del 02/10/2016 por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, artículos 21 y 22).		

3. Datos relativos a atendidos en Centros.

(Cumplimentar únicamente si se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte)

Está atendido en Centro en régimen de internado:	Sí ☐	No ☐
¿Está atendido en Centro en régimen de media pensión?	Sí ☐	No ☐
Si la respuesta es afirmativa, indique:		
Denominación del Centro:		
Entidad o persona titular del Centro:		
Domicilio: Calle/Plaza Núm. Código Postal		
Localidad Provincia Teléfono		

4. Datos económicos.
(Cumplimentar únicamente si se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte)

4.1. Datos de la persona solicitante, recursos personales.

Se reflejará la procedencia de los recursos personales de la persona interesada, indicando: el concepto de los mismos (salario, tipo de pensión, rentas...), la cuantía anual de cada uno y la empresa, organismo o persona que los abona o concede.

INGRESOS ANUALES	CONCEPTO (Salario, rentas, pensión, bienes)	PROCEDENCIA (Empresa, organismo o persona que lo abone)

III. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR:
(Cumplimentar este apartado siempre que la persona solicitante conviva con padre y/o madre y/o hermanos, cónyuge y/o hijos solteros de cualquier edad que convivan en su mismo domicilio).

¿CONVIVE CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS? Cónyuge, hijos, nietos, padres, abuelos o hermanos?
SÍ ☐ NO ☐
Si la respuesta es afirmativa, cumplimente los siguientes datos de cada uno de ellos.

1

Nombre	Apellidos	D. N. I.	Fecha Nacimiento	Parentesco con la persona solicitante
INGRESOS ANUALES	CONCEPTO (Salario, rentas, pensión, bienes)	PROCEDENCIA (Empresa, organismo o persona que lo abone)		

2

Nombre	Apellidos	D. N. I.	Fecha Nacimiento	Parentesco con la persona solicitante
INGRESOS ANUALES	CONCEPTO (Salario, rentas, pensión, bienes)	PROCEDENCIA (Empresa, organismo o persona que lo abone)		

3

Nombre	Apellidos	D. N. I.	Fecha Nacimiento	Parentesco con la persona solicitante
INGRESOS ANUALES	CONCEPTO (Salario, rentas, pensión, bienes)	PROCEDENCIA (Empresa, organismo o persona que lo abone)		

4

Nombre	Apellidos	D. N. I.	Fecha Nacimiento	Parentesco con la persona solicitante
INGRESOS ANUALES	CONCEPTO (Salario, rentas, pensión, bienes)	PROCEDENCIA (Empresa, organismo o persona que lo abone)		

5

Nombre	Apellidos	D. N. I.	Fecha Nacimiento	Parentesco con la persona solicitante
INGRESOS ANUALES	CONCEPTO (Salario, rentas, pensión, bienes)	PROCEDENCIA (Empresa, organismo o persona que lo abone)		

IV. AUTORIZACIÓN PARA RECABAR A OTRAS ADMINISTRACIONES DATOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD.

Marque con una X su opción:

AUTORIZO ☐ / NO AUTORIZO ☐ a que se obtengan datos acreditativos sobre mi identidad.

En caso de no autorizar, deberá aportar fotocopia compulsada del documento que acredita su identidad (DNI, NIE o Pasaporte)

Información a la persona solicitante.

1.- En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que figuran en esta solicitud serán incorporados al fichero automatizado “Subsidios derivados de la Ley de Integración Social de los minusválidos”, actualmente Subsidios PSPD, que tiene por finalidad la gestión de estos Subsidios y Prestaciones, cuya competencia tiene atribuida la Junta de Andalucía. Dicho fichero permanecerá bajo la custodia de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Si lo desea, en cualquier momento, puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, dirigiendo un escrito ante la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la provincia de su lugar de residencia.

DATOS DE OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR.

PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	NOMBRE Y APELLIDOS	N.I.F.	FIRMA	CONSULTA DATOS DE IDENTIDAD (D.N.I., N.I.E.)	AUTORIZO	
					SI	NO

En caso de no autorizar, deberá aportar fotocopia compulsada del documento que acredita su identidad (DNI, NIE, Pasaporte)

V. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE.

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE			NUM. D.N.I./N.I.F	
DOMICILIO (CALLE O PLAZA)							CÓDIGO POSTAL	
		Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta		
LOCALIDAD			PROVINCIA				TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO							MÓVIL	
RELACIÓN CON LA PERSONA INTERESADA			REPRESENTANTE LEGAL				GUARDADOR/A DE HECHO	

VI. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA PENSIÓN.

ENTIDAD FINANCIERA												SUCURSAL																
DOMICILIO (CALLE O PLAZA)																								N.º				
LOCALIDAD												PROVINCIA										TELÉFONO						
IBAN																												
CODIGO PAIS		DÍGITOS CONTROL		CODIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)																								
				ENTIDAD						SUCURSAL				DÍGITOS CONTROL		NÚMERO CUENTA CORRIENTE												
E	S																											
TITULAR DE LA CUENTA																												

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. Quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____ a, _____ de _____ de 20_____

Fdo.: _____

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD.

- 1.- Fotocopia compulsada del D.N.I. de la persona solicitante en caso de no autorizar el acceso para consultarlo.
- 2.- Fotocopia compulsada del D.N.I. de la persona que ostente la condición de representante y acreditación de su representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta del posible beneficiario, en caso de no autorizar el acceso para consultarlo.
- 3.- En caso de personas extranjeras: Fotocopia compulsada del pasaporte y de la tarjeta, permiso o justificante de residencia en España, referente tanto a la residencia actual, como a los períodos que se alegan, en caso de no autorizar el acceso para consultarlo.

Nota: las compulsas podrán efectuarse al presentar la solicitud, acompañando los originales de los documentos.

RECUERDE:

Si después de haber presentado esta solicitud se produce alguna variación de su situación personal (cambio de residencia, variación de su estado civil), económica (realización de trabajos, percepción de otras pensiones, etc.), así como de las personas con las que usted vive, deberá comunicarlo a la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

INFORMACIÓN:

De acuerdo con el artículo 44.5 del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo, el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 90 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, se podrá entender desestimada la misma por silencio administrativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa (artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre reguladora de la Jurisdicción Social)

AVISO IMPORTANTE

La falsedad en documento público así como la obtención fraudulenta de prestaciones, puede ser constitutiva de delito.

DELEGACIÓN TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES.