**SOLICITUD DE AYUDA PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES BASICAS DE VIDA**

Nº Procedimiento

**030038**

**SIYY**

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física  NIF | | | NIE | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | | 1º Apellido: | | |  | | | | | 2º Apellido: |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre  Mujer | |  | | Estado Civil | | | | | |  | | | | Fecha de nacimiento | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia | |  | | | | | | | C.P. | |  | Población | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | |  | | | Teléfono Móvil | | | | | |  | | | | Correo Electrónico | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación y, en su caso, de pago.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Viceconsejería de Servicios y Prestaciones Sociales. |
| **Finalidad** | Gestión y tramitación de los procedimientos relativos a las prestaciones económicas de Servicios Sociales. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos; datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y las bases reguladoras contenidas en el Decreto 112/2007, de 3 de julio. |
| **Destinatarias/os** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/info/0171> |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA** | | | | |
| Nombre: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | | Fecha de fallecimiento: |
|  |  |  | |  |
| **Parentesco con la persona fallecida:**  Cónyuge Hermano/a  Pareja de hecho  Abuelo/a  Hijo/a  Nieto/a  Madre/Padre | | | **¿Tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 65%?**  Sí No | |
| **Reconocimiento del grado de discapacidad**  Fecha de la Resolución:  Provincia de emisión: | |
| **¿Convivió de forma continua y a expensas del fallecido los 2 años anteriores al fallecimiento?**  Sí  No | | | **¿Está ingresado/a en un centro residencial con carácter permanente, ocupando plaza pública o financiada con fondos públicos?**  Sí  No | |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **EXPONE**:  Que reúne los requisitos exigidos en el Decreto 112/2007, de 3 de julio, por el que se regulan ayudas, para el mantenimiento de las condiciones básicas de vida, destinadas a personas en estado de viudedad o análoga relación de afectividad o familiares convivientes que dependieran económicamente de la persona fallecida (DOCM núm. 142, de 6 de julio de 2007), modificado por el Decreto 283/2007, de 9 de octubre (DOCM núm. 213, de 12 de octubre de 2007) y por el Decreto 177/2009, de 17 de noviembre (DOCM núm. 227, de 20 de noviembre de 2009).    **SOLICITA**:  La concesión de una ayuda económica para el mantenimiento de las condiciones básicas de vida. |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIO** |
| **DECLARACIONES RESPONSABLES:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  - No incurre en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 13.2 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, excepto lo previsto en la letra e)  - Se compromete asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifican en el Decreto que regula esta ayuda, las cuales conoce y acepta en su integridad.  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de concesión de ayuda o subvención, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **AUTORIZACIONES:**  **Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración, salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.**  **En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:**  **Me opongo a la consulta de datos de identidad (DNI).**  **Me opongo a la consulta de datos sobre afiliación y prestaciones de la Seguridad Social.**  **Me opongo a la consulta de datos referidos al grado de discapacidad reconocido.**  **Autorizo la consulta de datos tributarios (última Declaración del IRPF).**  **Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social:**  -  -  -  ***En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.***  La autorización se otorga exclusivamente a efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la ayuda objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003, de 21 de febrero, en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  **DOCUMENTACIÓN:**  **A- PERSONAS EN ESTADO DE VIUDEDAD:**  Documento que acredite el estado de viudedad  Certificación del padrón municipal en que conste la residencia y empadronamiento del interesado, sus convivientes y la fecha de alta en el mismo.  Certificado de defunción de la persona fallecida.  **B- PERSONAS CON ANÁLOGA RELACION DE AFECTIVIDAD A LA CONYUGAL CON EL FALLECIDO**    Documento que acredite el estado de viudedad  Certificado de convivencia en el que conste el tiempo de convivencia con el fallecido o certificado de inscripción en el  Registro de Parejas de Hecho  Certificado de defunción de la persona fallecida  **C-EN EL CASO DE FAMILIARES CONVIVIENTES CON EL FALLECIDO**    Certificado de defunción de la persona fallecida  Documento acreditativo del grado de parentesco (libro de familia, actas de registro Civil, etc)  Certificado de convivencia en el que conste el tiempo de 2 años de convivencia anterior a la defunción |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA AYUDA.** |
| **Nombre de la entidad bancaria**  **Domicilio**  **Nombre completo del titular de la cuenta**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | **Código entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **DC** | | **Número de Cuenta** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

En       a       de       de      .

Firma del/la solicitante (DNI electrónico o certificado válido):

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**

**MUY IMPORTANTE:**

**El/la trabajador/a social de su barrio o localidad, a quien encontrará en el Centro Social, puede prestarle una valiosa información, tanto para aclarar el objetivo de las ayudas como para la documentación que ha de acompañar a su solicitud.**

**DELEGACIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DONDE ENVIAR LA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN:**

ALBACETE. C/ Pedro Simón Abril, 10- Teléfono: 967/ 55 80 00 – Fax: 967 / 50 13 20 – 02003 ALBACETE

CIUDAD REAL. C/ Postas, 20 – Teléfono: 926/ 27 69 00 – Fax: 926/ 27 67 89 – 13071 CIUDAD REAL

CUENCA. C/ Hervás y Panduro, 1 – Teléfono: 969/ 17 68 00 – Fax: 969/ 17 69 59 – 16071 CUENCA

GUADALAJARA. C/ Julián Besteiro, 2 – Teléfono 949/ 88 58 00 – Fax: 949/ 88 58 69 – 19001 GUADALAJARA

TOLEDO. C/ Río Guadalmena, 2 – Teléfono 925/ 26 90 69 – Fax: 925 / 26 90 27 – 45071 TOLEDO