**36361**

Código SIACI

**KM2K**

Nº Procedimiento

**SUBVENCIÓN EN RÉGIMEN DE PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO DE CONCURRENCIA PARA PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD CELIACA DURANTE EL AÑO 2024.**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE, EN SU CASO** |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal. *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 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** | Dirección General Humanización y Atención Sociosanitaria |
| **Finalidad** | Gestión de subvenciones destinadas a compensar la carga económica que supone para las personas celíacas la adquisición de alimentos |
| **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 14/1986 General de Sanidad Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud en Castilla-La Mancha. Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones Decreto Legislativo 1/2002, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha. Decreto 21/2008, de 5 de febrero, de desarrollo de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha, en materia de subvenciones |
| **Destinatarios** | 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/2315**](https://rat.castillalamancha.es/info/2315) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE SOLICITUD** |
| **ASUNTO**: AYUDAS ECONÓMICAS EN RÉGIMEN SIMPLIFICADO DE CONCURRENCIA PARA PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD CELÍACA EN CASTILLA-LA MANCHA DURANTE EL AÑO 2024. |
| **SOLICITA** lasubvención para compensar la carga económica que supone la adquisición de alimentos de las personas afectadas por enfermedad celíaca en Castilla-La Mancha por la cantidad de **500** euros. |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:****La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona interesada, declara expresamente que la persona beneficiaria:** 1. Está al corriente de sus obligaciones tributarias con la Agencia Tributaria Estatal y con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
2. Está al corriente de sus obligaciones con la Seguridad Social.
3. No estar incursa en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 13.2 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de subvenciones.
4. Está al corriente en el cumplimiento de las obligaciones por reintegro de subvenciones.
5. Se compromete a destinar el importe pagado al objeto y finalidad de la subvención concedida, así como a cumplir las restantes condiciones que se especifican en las bases y convocatoria de esta subvención, las cuales conoce y acepta en su integridad.
6. La renta per cápita de la unidad familiar, según último ejercicio con período impositivo finalizado, es inferior o igual al doble del IPREM según lo estipulado en el artículo 3d de la Orden 137/2024, de 8 de agosto, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen las bases reguladoras de subvenciones, en régimen simplificado de concurrencia, para personas afectadas por la enfermedad celiaca en Castilla-La Mancha.
7. No han de encontrarse incursas en ninguno de los supuestos de incompatibilidad que contempla la Ley 11/2003, de 25 de septiembre, del Gobierno y del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha.
8. No es receptora de la prestación de servicios o actividades por parte de personas que, habiendo desempeñado cargos públicos o asimilados en la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha así como en los organismos y entidades de su sector público, incumplieran lo dispuesto en el artículo 19.5 de la Ley 11/2003, de 25 de septiembre, del Gobierno y el Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha durante el plazo de dos años desde el cese.

A**simismo, la persona solicitante declara expresamente que (marque lo que corresponda):** Ha residido en Castilla-La Mancha al menos desde los 6 meses previos a la presentación de la solicitud. Dispone de la condición de refugiada o refugiado. Es víctima de violencia de género. El número de convivientes de la unidad familiar es de  miembros (artículo 3.3.b de la Orden de bases). **Los ingresos de la unidad familiar, excluidos aquellos obligados a declaración del IRPF, en el último ejercicio con periodo impositivo finalizado fueron de**  euros *(puede obtenerse mediante Certificado Tributario IRPF)***La suma de las bases imponibles de los miembros computables de la unidad familiar en el último ejercicio con periodo impositivo finalizado fue de**  euros *(suma de cada una de las casillas 435 de las declaraciones del IRPF de los miembros computables)***En el caso de que alguno de los miembros de la unidad familiar haya solicitado o recibido una ayuda para la misma finalidad y para el mismo gasto subvencionable de cualquier administración o entidad pública o privada, especifique lo siguiente:** Datos del miembro de la unidad familiar nº 1   Datos del miembro de la unidad familiar nº 2   Datos del miembro de la unidad familiar nº 3   **Datos referentes a la acreditación de ser persona afectada por enfermedad celiaca:**  Entidad concertada o servicio público de salud al que esté adscrito la persona. Marque lo que corresponda.

|  |
| --- |
| ***Servicio Público de Salud:***  |
| **Entidad Concertada:** |  |

 **Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello, así como a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el periodo de tiempo inherente al reconocimiento o ejercicio del derecho al cobro de la subvención en caso de que la persona solicitante resulte beneficiaria de la subvención solicitada.****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, la Consejería de Sanidad 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. Me opongo a la consulta de datos de estar al corriente en el cumplimiento de obligaciones con la Seguridad Social. Me opongo a la consulta de residencia.En el caso de que se haya opuesto a la consulta de los datos anteriores, deben de aportar los datos y documentos que los acrediten para la resolución del presente procedimiento.**Para el caso de datos de naturaleza tributaria, expresamente:** Autorizo la consulta a la Hacienda estatal y autonómica de estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias.  |
|  **Documentación aportada:****Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:** Informe médico de profesional perteneciente a la entidad concertada o Servicio Público de Salud al que esté adscrito la persona afectada por la enfermedad celiaca. Certificado médico emitido por el profesional perteneciente a la entidad concertada o servicio público de salud al que está adscrito la persona afectada por la enfermedad celiaca, según modelo habilitado en la sede electrónica.**En caso de no coincidir la persona beneficiaria con quién presente la solicitud, además se deberá acompañar:** Poder de representación, en su caso. Libro de familia completo o certificación del Registro Civil de nacimiento o, en su caso, documento que acredite el ejercicio de la tutela en el supuesto de personas menores de edad no emancipadas. Resolución judicial en el caso de personas con la capacidad modificada judicialmente. |

|  |
| --- |
| **CONSENTIMIENTOS EXPLÍCITOS** |
| De conformidad con lo establecido en los artículos 4.11 del Reglamento (UE) 2016/679, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos **Expreso mi CONSENTIMIENTO EXPLICITO** a la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, para (márquese con una cruz cada uno de los apartados que se consienta):Recibir información por correo electrónico relacionada con **subvenciones susceptibles de ser beneficiario.**Recibir información por correo electrónico relacionada con **actividades de participación y difusión relacionadas con las competencias de esta Dirección General.** Para el usode los datos identificativos y de contacto de la persona afectada por la enfermedad celíaca y de su representante legal, en su caso, así como los siguientes:Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. Para facilitar la gestión, evaluación de la calidad de los servicios y análisis de los distintos procesos que se lleven a cabo por el órgano competente en Humanización y Atención Sociosanitaria y la comunicación mediante encuestas telefónicas u otros medios.**Puede retirar este consentimiento en cualquier momento dirigiéndose a la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria o al correo** **protecciondatos@jccm.es** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General Humanización y Atención Sociosanitaria |
| **Finalidad** | Recepción de información y comunicaciones relacionadas con la humanización y atención sociosanitaria. Comunicaciones para evaluación de la calidad de los servicios y análisis de los distintos procesos que se lleven a cabo por del órgano competente en Humanización |
| **Legitimación** | 6.1.a) Consentimiento del interesado/a del Reglamento General de Protección de DatosDatos de categoría especial: 9.2.a) el interesado dio su consentimiento explícito del Reglamento General de Protección de Datos. |
| **Destinatarios** | No 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/2447**](https://rat.castillalamancha.es/info/2447) |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento no conlleva tasa**.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA DE LA PERSONA BENEFICIARIA O, EN SU CASO, QUIEN EJERZA LA TUTELA O REPRESENTACIÓN LEGAL** |
| Nombre de la Entidad Bancaria: Domicilio: Nombre de la persona titular de la cuenta:

|  |  |
| --- | --- |
| **IBAN** |  **ES**  |

 |

Firma

En **** , a **** de **** de 20****

**DIRECCIÓN GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.**

**Avenida de Francia, 4 – 45071 – Toledo. DIR3: A08027182**