**036361**

Código SIACI

**KM2K**

Nº Procedimiento

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN EN RÉGIMEN DE PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO DE CONCURRENCIA PARA PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD CELIACA DURANTE EL AÑO 2023.**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA AFECTADA POR LA ENFERMEDAD CELÍACA** |
|  |
| **Número de documento:**  **Nombre:  Apellido 1º  Apellido 2º** |
| **Domicilio:**  **Población:  C.P.:  Provincia:**  **Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE, EN SU CASO** |
| **Número de documento:**  **Nombre:  Apellido 1º  Apellido 2º**    **Domicilio:**  **Población:  C.P.:  Provincia:**  **Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:**  **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 de Humanización y Atención Sociosanitaria.* |
| **Finalidad** | *Gestión de subvenciones destinadas a sufragar los gastos para la compra de alimentos elaborados para cubrir las necesidades de las personas afectadas por enfermedad celiaca.* |
|  |  |
| **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, de Hacienda Decreto 21/2008, de 5 de febrero, modificado por Decreto 49/2018, de 10 de julio, 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 DE PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO DE CONCURRENCIA PARA PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD CELÍACA DURANTE EL AÑO 2023. |
| **SOLICITA** lasubvención para compensar la carga económica que supone la adquisición de alimentos especiales de las personas afectadas por enfermedad celíaca en Castilla-La Mancha por la cantidad de euros\*.  \* Hasta un máximo de 750 euros por persona beneficiaria y 1.500 euros por unidad familiar.  En el caso de que alguno de los miembros de la unidad familiar haya solicitado una ayuda para la misma finalidad y para el mismo gasto subvencionable, especifique lo siguiente:  Nombre y apellidos del beneficiario: Entidad que ha subvencionado el gasto:  Cantidad concedida:  Fecha de resolución:  Nombre y apellidos del beneficiario:  Entidad que ha subvencionado el gasto:  Cantidad concedida:  Fecha de resolución: |

|  |
| --- |
| **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 solicitante:   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. Cumple con todas las prescripciones impuestas por el artículo 13 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.   Asimismo, 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.  La renta per cápita de la unidad familiar, según último ejercicio con periodo impositivo finalizado es inferior o igual al doble del IPREM.  El número de convivientes de la unidad familiar es de  miembros (artículo 3.3.b de la Orden de bases).  **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 así como datos de IRPF |
| **Documentación aportada:**  **Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**  Poder de representación, en su caso  Cuando la persona solicitante no coincida con la persona diagnosticada de enfermedad celiaca en los siguientes casos:  - Menores de edad no emancipados: Libro de familia completo, certificación del Registro Civil de nacimiento o de familia, o en su caso, documento que el ejercicio de la tutela.  - Menores de edad emancipados y personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica: en su caso, sentencia que acuerde la curatela.  En el caso de personas extranjeras, se deberán presentar documentos equivalentes a los citados anteriormente, donde conste apostilla o legalización consular, en su caso, con traducción por organismo oficial al español.  Informe médico de la enfermedad celíaca diagnosticada. |

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

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA SUBVENCIÓN** |
| Nombre de la Entidad Bancaria:  Domicilio:  Nombre de la persona titular de la cuenta:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | **Código Entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **DC** | | **Número de Cuenta** | | | | | | | | | | | **E** | **S** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Firma

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

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

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