**SH79**

**1200026**

Nº Procedimiento

Código SIACI

**ANEXO I: SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DERIVADAS DE LA LEY 13/1982. –LISMI-**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | |  | | | 2º Apellido: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | NIF NIE Número de documento: |  | Situación Laboral |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Fecha de Nacimiento |  | Hombre: |  | Mujer: |  |  | Nacionalidad: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 se desea recibir 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: | | |  | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **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 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 obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado 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; y 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. Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el Sistema Especial de Prestaciones Sociales y Económicas previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos). |
| **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/0171> |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| **EXPONE**: Que reuniendo los requisitos exigidos en el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el Sistema Especial de Prestaciones Sociales y Económicas previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.  **SOLICITA:** La concesión de:  Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte. –SMGT-  Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica gratuita. -ASPF- |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD FAMILIAR** | | | | | |
| NIF/NIE | NOMBRE | 1er APELLIDO | 2º APELLIDO | FECHA DE  NACIMIENTO | SITUACION  LABORAL |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos para ser PERSONA BENEFICIARIA** |
| **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:  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  **Autorizaciones para la verificación por la Administración de los datos y documentos relativos a la persona solicitante y a los miembros de la unidad familiar:**  **FUNDAMENTACIÓN:**  El artículo 95.1.c) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, y el artículo 71.1. a) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, en el supuesto de pensiones no contributivas, permite el suministro de información a las entidades gestoras de la Seguridad Social sin el consentimiento de la persona afectada.  Por otro lado, respecto a la residencia y convivencia del pensionista, la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, en su artículo 16.3, dispone que los datos del Padrón Municipal se cederán a otras Administraciones públicas que lo soliciten sin consentimiento previo a la persona afectada solamente cuando les sean necesarios para el ejercicio de sus respectivas competencias, y exclusivamente para asuntos en los que la residencia o el domicilio sean datos relevantes.  Asimismo, y respecto al acceso de los datos del catastro, el Texto Refundido de la Ley del Catastro Inmobiliario, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2004, de 5 de marzo, en su artículo 53.2.a), establece que podrán acceder a la información catastral protegida, sin necesidad de consentimiento de la persona afectada, las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, con las limitaciones derivadas de los principios de competencia, idoneidad y proporcionalidad.  **Documentación:**  **Las personas interesadas no tendrán obligación de presentar documentación alguna acompañando a la solicitud**.  No obstante lo anterior, declara aportar los siguientes documentos con la solicitud:  -  -  **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 la tramitación del expediente.** |

|  |
| --- |
| **Datos de la entidad bancaria a efectos del pago de la Prestación.** |
| 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 (DNI electrónico o certificado válido):

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE