030789

Nº Procedimiento

Código SIACI

**SL2X**

**ANEXO I**

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA PARA LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE LAS ASOCIACIONES DE PERSONAS CONSUMIDORAS Y EL DESARROLLO DE SUS PROGRAMAS Y PROYECTOS EN MATERIA DE CONSUMO.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01 | **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF | | |  | | | | | | | | Nº de documento: | | |  |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| Nombre entidad solicitante: | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | | C.P.: |  | | |  | Población: |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | | | | | | | Teléfono móvil | |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Correo electrónico | | | | | |  |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación y, en su caso de pago** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 02 | | **Representante** (Obligatorio para el caso de personas jurídicas ) | | | | |
| Tipo de Documento | | | | Nº. de Documento |  | |
| *NIF  Pasaporte/NIE* | | | |  |  | |
| Nombre | | | 1º Apellido \* | | 2º Apellido |  |
|  |  | |  | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | |  |
| Domicilio | | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  | Provincia | | Municipio | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  | Teléfono móvil | | Otro teléfono | | C.P. |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  | Correo electrónico. | |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |
| **Las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el/la representante designado/a** | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 03 | **MEDIO POR EL QUE SE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
|  | Notificación electrónica  *(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.)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 04 | **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable:** | | Dirección General de Salud Pública |
| **Finalidad:** | | Gestión de ayudas y subvenciones en materia de consumo |
| **Legitimación:** | | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha. |
| **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/1231**](https://rat.castillalamancha.es/info/1231) |

|  |  |
| --- | --- |
| 05 | **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| Solicita le sea concedida la subvención para la participación en el programa de actividades en materia de consumo y gestión ordinaria de las asociaciones de personas consumidoras: | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Importe solicitado |  |  | | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 06 | | **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER PERSONA BENEFICIARIA** | |
| 06.1 | | **Declaraciones responsables:** | |
| La persona abajo firmante, en su nombre propio y en representación de la entidad representa, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: | | | |
| * Está legalmente constituida e inscrita en los registros oficiales que corresponda, así como carecer de ánimo de lucro. | | | |
| * Dispone de la estructura, capacidad y solvencia suficientes para garantizar el desarrollo de las actividades subvencionadas. | | | |
| * No está incursa en ninguna de las circunstancias establecidas en el artículo 13, apartados 2 y 3 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. | | | |
| * Está al corriente de sus obligaciones tributarias con la Agencia Tributaria Estatal y con la Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha, así como al corriente de sus obligaciones con la Seguridad Social y por reintegro de subvenciones *(Esta declaración sustituirá a la presentación de las certificaciones de acuerdo con lo previsto en el art. 12.1.d)* *del Decreto 21/2008, de 5 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo del Texto Refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha en materia de subvenciones)* | | | |
| * No incurre la persona interesada ni aquellos que ostenten la representación legal en ninguno de los supuestos de incompatibilidad previstos en la Ley 11/2003, de 25 de noviembre, del Consejo de Gobierno y del Consejo Consultivo. | | | |
| * 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 noviembre, durante el plazo de dos años desde el cese. * Cumple con todas las prescripciones impuestas por el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. | | | |
| * Si la entidad está sujeta a la normativa sobre la prevención de riesgos laborales, cuenta con un Plan de Prevención de Riesgos Laborales, tal y como establece la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de riesgos Laborales. | | | |
| * No ha sido sancionada, en virtud de resolución administrativa o sentencia judicial firme, por falta grave o muy grave en materia de prevención de riesgos laborales, durante el año inmediatamente anterior a la fecha de solicitud de la subvención. * Se compromete asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifican en las bases y convocatoria de esta ayuda, las cuales conoce y acepta en su integridad | | | |
| * No ha solicitado a cualquier Administración Pública, incluida la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha o entes públicos o privados nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales, proyectos u otras ayudas, subvenciones o ingresos para el mismo; en el supuesto de haber solicitado y/o recibido alguna ayuda deberá cumplimentar los siguientes datos: | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Fecha de la Solicitud | Importe | Estado de la ayuda | Entidad Concedente | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | |
| * Las ayudas concedidas, aisladamente o en concurrencia con otras subvenciones o ayudas de otras Administraciones Públicas o de otros entes públicos o privados, nacionales o internacionales, no superan el coste de la actividad a desarrollar por el beneficiario. * No haber sido sancionada por resolución administrativa firme o condenadas por sentencia judicial firme por llevar a cabo prácticas laborales consideradas discriminatorias por la legislación vigente, salvo cuando acrediten haber cumplido con la sanción o la pena impuesta y hayan elaborado un plan de igualdad o adoptado medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación laboral entre mujeres y hombres. El órgano competente en materia de igualdad deberá dar su conformidad a dichas medidas. | | | |
|  | | 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 ayudas, 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. | | | |
|  | | | |
| 06.2 | | **Autorizaciones** | |
| Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente: | | | |
|  | | | Me opongo a la consulta de datos de identidad. |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.: | | | |  | | Documento | Fecha presentación | Unidad administrativa | Administración | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  | | | | |   En caso de que se haya opuesto a su consulta, deberá aportar la documentación correspondiente para la resolución del procedimiento. | | | |
| 06.3 | | **Documentación** | |
| En su caso, además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos: | | | |
|  | Acreditación de la representación de la persona firmante en nombre de la entidad solicitante, por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna. (Documentación preceptiva) | | |
|  | Programa general de actividades a desarrollar por la entidad beneficiaria y que deberá corresponderse con alguna de las actuaciones subvencionables establecidas en el apartado sexto de la resolución de convocatoria. (Documentación preceptiva) | | |
|  | Presupuesto desglosado que justifique la cuantía de la subvención solicitada. (Documentación preceptiva) | | |
|  | Programa complementario de actividades, en su caso. Dicho programa incluirá indicación sobre la implantación territorial de las actividades a desarrollar, concretando las localidades en las que se va a llevar a cabo. (Documentación complementaria) | | |
|  | En su caso, para la acreditación de los méritos objeto de valoración de acuerdo con el apartado noveno de la resolución de convocatoria, se aportará documento certificado por la persona secretaria de la entidad solicitante que comprenda, cuando proceda, realización de las actividades objeto de baremación, en el ejercicio anterior al de la publicación de la resolución de convocatoria. (Documentación complementaria) | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 07 | | | **DATOS BANCARIOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Nombre de la entidad bancaria | | | | | | | | | | | | | | | | | Dirección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Nombre completo de la persona titular de la cuenta 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | Nº de cuenta IBAN4 *Para cuentas de cualquier país (incluido España)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | País | | C.C. | | | Cuenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma

Firma de la persona representante

En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario: **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA -** CÓDIGO DIR3: A08027181

|  |
| --- |
| **Instrucciones para tramitar adecuadamente este formulario** |
| **Instrucciones generales** |
| * Este formulario está diseñado de forma que pueda ser rellenado fácilmente utilizando la aplicación Word. Puede pasar de un campo a otro utilizando el tabulador para ir al siguiente o mayúsculas + tabulador para ir al campo anterior. En los campos de chequeo puede activarlos o desactivarlos utilizando la barra espaciadora. En cualquier momento puede guardar este documento como un fichero más en el que se incluirán los datos introducidos. * En la barra de estado de Word podrá ver una breve descripción de cada campo cuando el cursor se sitúe sobre el mismo. |
| **Instrucciones particulares** |
| **Trámite a iniciar:** Si aparecen varios trámites usted debe seleccionar uno y solo uno de los trámites descritos. En caso de marcar varios solo se atenderá al que aparece marcado en primer lugar. |
| **Solicitante:** El tipo de documento debe corresponderse con el nº de documento indicado. En caso de discrepancias puede dar lugar a la subsanación de la solicitud. El nº de documento debe incluir los dígitos o letras de control que tenga asignados. En el caso de personas físicas indicar el Nombre, el 1º apellido y, si se tiene, el 2º apellido. En el caso de personas jurídicas indicar solo la razón social de la misma. |
| **Representante:** Si lo hay, solo puede tratarse de una persona física, de la cual hay que indicar el nombre, el 1º apellido y, si tiene, el 2º apellido. |
| **Dirección postal:** Esta dirección será utilizada en el caso de que la administración deba realizarle notificaciones de carácter oficial en relación al trámite solicitado por lo que debe prestar especial atención al rellenarla. En el caso de indicar una vía pública debe rellenar como mínimo el tipo y el nombre de la vía además de los campos que proceda. |
| **Documentación aportada:** En este apartado usted debe señalar los documentos que aporta de los enumerados, debiendo señalar y aportar aquéllos a los que esté obligado según las bases reguladoras de las ayudas. |
| **Datos bancarios:** En este apartado se deben indicar los datos de la cuenta bancaria en la que la administración ingresará los importes correspondientes con la tramitación de la solicitud según las bases reguladoras de las ayudas. En dicha cuenta bancaria tiene que figurar como titular la entidad solicitante de la ayuda. |
| **Firma:** Para que la solicitud se considere totalmente sujeta a derecho ésta debe ser conveniente firmada por la persona interesada o su representante indicando el municipio desde donde se realiza la solicitud, la fecha completa y el nombre completo del firmante. Será realizada atendiendo a las indicaciones de la aplicación a través de la cual se realice dicho envío. |
| **Más información**:  \* en la página web <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad>  \* a través del teléfono [012](http://www.castillalamancha.es/gobierno/presidenciayadministracionespublicas/estructura/vcpyap/actuaciones/012-tel%25C3%25A9fono-%25C3%25BAnico-de-informaci%25C3%25B3n), si llama desde Castilla-La Mancha, excepto desde localidades con prefijo de provincias de otra Comunidad Autónoma,  \* A través del teléfono 925-274552 como número de teléfono de la red fija.  En ambos caso, el coste de la llamada depende de cada operadora. |