



Código Guía de Servicios **0768 y 0769**

SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA MINUSVÁLIDOS

Real Decreto Legislativo 383/1984, de 1 de febrero (B.O.E. 27 de febrero)

PRESTACIONES QUE SOLICITA

Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica

Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte

Datos de la persona solicitante. Expte nº

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Estado civil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si está ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Localidad	Código postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

DATOS DEL TUTOR O GUARDADOR DE HECHO.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>						
Nacionalidad	Teléfono							
<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Tipo Vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Localidad	Código postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S..

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo Vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Localidad	Código Postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					



Notificaciones. (Elija la opción)

Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.

Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

<https://sede.carm.es/> *apartado consultas * notificaciones electrónicas
 o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.

a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

a través de un SMS en mi teléfono:

Datos de la discapacidad o enfermedad crónica.

¿Está incapacitado por Sentencia Judicial?

Sí No

¿Tiene reconocido un grado de discapacidad?

Sí No

Provincia

Año

Si la respuesta ha sido negativa se le informa que:

1. En base a esta solicitud que usted formula se procederá a valorar y reconocer el grado de discapacidad de la persona interesada.
2. Dicha valoración, al ser preceptiva y vinculante, suspende el cómputo del plazo máximo de resolución de esta solicitud (artículo 22.1.d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En el caso de no disponga de valoración de discapacidad entendemos que en este mismo acto solicita también la Resolución de Grado de Discapacidad en el caso de que la obtuviese.

Datos económicos.

¿Tiene ingresos o rentas propios derivados del trabajo, de prestaciones de Organismos Públicos, o de capital (intereses bancarios, tierras, o viviendas distintas a la habitual)?

Sí No

Concepto	Cuantía anual (euros)	Empresa /organismo/persona

¿Tiene pensiones o ingresos del Extranjero?

NO

Si

País:

Organismo:

Cuantía anual:



¿Tiene solicitada otra prestación en alguna de las Administraciones Públicas? <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Si
Clase: _____	Organismo: _____

¿Es causante de la prestación por Hijo a Cargo? SÍ No

(En caso de ser afirmativa la respuesta, rellene el siguiente cuadro)

Nombre y Apellidos	DNI	Cuota anual	INSS	IFAS	MUFACE	MUGEJU	ISM
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos de abono del subsidio.

TITULAR/ES DE LA CUENTA							
Nºs DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)				BANCO O CAJA DE AHORROS			
AGENCIA N.º	DOMICILIO (calle o plaza)			N.º	MUNICIPIO	TELÉFONO	
IBAN							
CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)							
CODIGO PAIS	DIGITOS CONTROL	ENTIDAD	SUCURSAL	DIGITOS CONTROL	NUMERO DE CUENTA		
E	S						

Datos de la unidad económica de convivencia.

¿Vive Solo? SÍ No

Si convive con alguna de las siguientes personas: cónyuge, hijos, padres, abuelos, nietos, hermanos y cónyuges de todos ellos cumplimente sus datos:

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.F /N.I.E	Fecha de nacimiento	Parentesco	Estado civil	Ingresos anuales



TELEFONOS DE CONTACTO:

Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto, bien del propio solicitante o bien de familiares, vecinos u otras personas con las que poder gestionar la hora y día de citación en su entorno habitual.

Teléfono fijo 1

Teléfono fijo 2

Teléfono fijo 3

Teléfono móvil 1

Teléfono móvil 2

Teléfono móvil 3

Declaración y firma de la solicitud.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Murciano de Acción Social cualquier variación que pudiera producirse, a partir de la fecha de presentación de esta solicitud, respecto a mi situación personal (cambio de residencia, variación de estado civil), económica (realización de trabajos, percepción de otras pensiones, rentas de capital) y familiar (variación de las personas con las que convivo)..”.

En _____ a ___ del mes _____ del año _____.

Fdo: _____.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS

“Responsable” (del tratamiento)	Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)
“Delegado de Protección de Datos”	GEAS-IMAS@listas.carm.es CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A dpd.imas@carm.es
“Finalidad” (del tratamiento)	Gestión y tramitación de los expedientes relativos al procedimiento de ejercicio de derechos en materia de protección de datos de los artículos 15 a 21 del RGPD.
“Legitimación” (del tratamiento)	REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos Artículo 9.2 h).
“Destinatarios” (de cesiones o transferencias)	Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, previa autorización de la cesión por el interesado. Así como a las Entidades que hayan suscrito contratos con el IMAS para la prestación de servicios.
“Derechos” (de la persona interesada)	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736.
“Información adicional”	Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, residencia, defunción, matrimonio, nacimiento, discapacidad, pensiones no contributivas, catastro, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal, nivel de renta, IRPF, vida laboral y desempleo. Copia simple de poderes notariales. Datos de salud y de servicios sociales. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL: http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\$m
Procedencia de los datos	Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de la plataforma de interoperabilidad de la CARM con otras Administraciones Públicas y del Servicio Murciano de Salud en el caso de datos de salud.



EN EL SUPUESTO DE SOLICITUD RELATIVA A SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y COMPENSACIÓN POR GASTOS DE TRANSPORTE DEBERÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Fotocopia del libro de familia del solicitante y de los familiares que convivan y lo posean.
2. Fotocopia de la libreta de ahorros o cuenta corriente, a efectos de domiciliación bancaria, figurando el solicitante como titular, así como el tutor en su caso. (Código IBAN).
3. Justificante de los ingresos del solicitante y los familiares con los que conviva: nóminas, certificado de haberes, prestación por incapacidad temporal y en caso de separación o divorcio fotocopia de la sentencia y convenio regulador.
4. Si el solicitante estuviera incapacitado judicialmente fotocopia de la Sentencia y aceptación del nombramiento de tutor, en su caso.