**ANEXO: SOLICITUD ACCIÓN SOCIAL DISCAPACIDAD HIJOS/AS**

**DATOS SOLICITANTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **N.I.F.** | **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** | **NOMBRE** |
|  |
|  |  |  |  |  |
| **DOMICILIO (Calle y número)** | **C.P.** | **LOCALIDAD** | **TELÉFONO TRABAJO** | **TELÉFONO MÓVIL** |
|  |
|  |  |  |
| **PUESTO DE TRABAJO** | **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO** | CENTRO DE TRABAJO |

**PERSONA BENEFICIARIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **N.I.F.** | **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** | **NOMBRE** |

**INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **N.I.F. imprescindible para mayores de 14** | **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** | **NOMBRE** | **PARENTESCO** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **Percibe ingresos****SI / NO** |
|  |  |  |  | **CÓNYUGE(1)** |  |  |
|  |  |  |  | **HIJO/A** |  |  |
|  |  |  |  | **HIJO/A** |  |  |

**(1)INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL / SMS: 🞎 SÍ 🞎 NO**

**TIPO DE PRESTACIÓN QUE SE SOLICITA (marcar con una X)**

|  |
| --- |
| **🞎 DISCAPACIDAD HIJOS/AS** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESTACIÓN** | **DOCUMENTACIÓN** |
| **DISCAPACIDAD HIJO/A** | * Solicitud
* Certificación o documento acreditativo del cobro de la prestación del Grado de Dependencia.
* Facturas originales acreditativas de todos los gastos, incluyendo transporte y comedor, en su caso, así como los justificantes bancarios del pago de las mismas:
1. Si se realiza por transferencia bancaria, se deberán aportar los justificantes de las transferencias realizadas.
2. Si se realiza por cargo de recibos domiciliados, se tendrá que aportar copia de los recibos bancarios que se hayan cobrado.
3. Si se realiza por ingreso bancario, se aportarán los comprobantes del ingreso bancario como justificantes de pago de los meses correspondientes.
 |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIONES** |
| **PROTECCIÓN DE DATOS** | **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS****Responsable del tratamiento:** El responsable del tratamiento es la Dirección General de Función Pública de la Consejería de Presidencia y Hacienda. Los datos de contacto del Responsable son: Av Infante Juan Manuel, 14 30,011 – Murcia. La dirección de correo electrónico del Delegado de Protección de Datos es: dpdigs@listas.carm.es**Finalidad del tratamiento:** En la tramitación y resolución del procedimiento de Ayudas de Acción Social, la información facilitada será tratada con el fin de gestionar, tramitar y resolver su solicitud. Los datos personales se conservarán mientras sean necesarios para la realización de las actuaciones relativas a su petición, así como su archivo**Legitimación del tratamiento:** El tratamiento se legitima por ser necesario para el ejercicio de poderes públicos. La base jurídica en la que se basa el tratamiento es la recogida en el artículo 6.1 e) del Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de datos. Es obligatorio facilitar los datos para la tramitación y resolución de los expedientes. En caso contrario, no se podrá resolver su solicitud.**Destinatarios de cesiones:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.**Derechos del interesado:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos especificados en la información adicional. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos, presentado una solicitud dirigida al responsable del tratamiento.  (Procedimiento 2736 - Ejercicio de los derechos en materia de protección de datos personales). Disponible en el siguiente enlace: <https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2736&IDTIPO=240&RASTRO=c$m40288>En cualquier caso, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos**Procedencia de los datos:** Los datos proceden del interesado y de la Plataforma de Interoperabilidad CARM. |
| **DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN** | Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad, comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo a la Administración Pública Regional en el plazo máximo de diez días desde su concesión, autorizando para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social y la Agencia Tributaria. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada. |
| **CONSULTA DE DATOS, AUTORIZACIÓN** | En aplicación del artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará por medios electrónicos, los datos relacionados a continuación, salvo que se oponga a la consulta.**□ Me OPONGO a la consulta de : acreditación de la condición de discapacitado/a y acreditación del grado y nivel de dependencia expedidas por el Instituto Murciano de Acción Social de la Región de Murcia (IMAS)**EN CASO DE OPOSICIÓN A QUE EL ÓRGANO ADMINISTRATIVO COMPETENTE CONSULTE Y OBTENGA LOS MENCIONADOS DATOS Y DOCUMENTOS, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD. |

Murcia, a de de

(firma)