

SOLICITUD DE AYUDA FONDO ACCIÓN SOCIAL DEL PERSONAL DEL AYTO DE PARLA

Política de Privacidad: Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad del Ayuntamiento de Parla. Los datos personales serán recogidos y tratados por el Ayuntamiento de Parla con la finalidad correspondiente a cada una de las actividades de tratamiento que realiza y que están accesibles en el Registro de Actividades. El tratamiento de sus datos se realiza para el cumplimiento de obligaciones legales por parte del Ayuntamiento de Parla, para el cumplimiento de misiones realizadas en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a este Ayuntamiento, así como cuando la finalidad del tratamiento requiera su consentimiento, que habrá de ser prestado mediante una clara acción afirmativa.

Puede consultar la base legal para cada una de las actividades de tratamiento que lleva a cabo el Ayuntamiento de Parla en el Registro de Actividades en la Sede Electrónica.

Enlace: <https://politicadeprivacidad.ayuntamientoparla.es>

La persona interesada podrá ejercer sus derechos ante el Ayuntamiento de Parla en la Plaza de la Constitución, 1, 28981, Parla (Madrid), como órgano responsable.

Modelo de solicitud revisado el 31 de enero de 2023

Página: 1 de 1

1.- DATOS DEL/ DE LA INTERESADO/A (Persona Titular Municipal, según artículo 3 del Reglamento):

Apellidos y Nombre:		NIF:	
Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:	
		E-mail:	

2.- MEDIO DE COMUNICACIÓN, ELEGIR UNO DE LOS DOS (marcar con):

<input type="checkbox"/>	Deseo ser notificado/a telemáticamente para este Procedimiento (Obligatorio Personas Jurídicas, Voluntario Personas Físicas): Se realizará un aviso al correo electrónico que se aporte en esta solicitud sobre la puesta a disposición por comparecencia electrónica para las Notificaciones Telemáticas en la Sede Electrónica del Ayuntamiento de Parla (https://sede.ayuntamientoparla.es)
<input type="checkbox"/>	Deseo ser notificado/a por correo postal en el siguiente domicilio (Solo para Personas Físicas):

Domicilio:		Nº:		Bloque:		Portal:		Escalera:		Piso:		Puerta:	
Código Postal:		Municipio:		Provincia:									

3.- DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE:

Apellidos y nombre:		NIF:	
Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:	
		E-mail:	

4.- PUESTO DE TRABAJO:

Denominación:		Concejalía/Servicio/Departamento:	
---------------	--	-----------------------------------	--

5.- DATOS DEL LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA AYUDA (según artículo 4 del Reglamento, marcar con):

<input type="checkbox"/>	Personal Titular Municipal	<input type="checkbox"/>	Cónyuge o Pareja de Hecho	<input type="checkbox"/>	Descendiente < 25 años
<input type="checkbox"/>	Descendiente > 25 años con Discapacidad = ó > 33%	<input type="checkbox"/>	Ascendiente Mayor de 65 años/Discapacidad		
Apellidos y Nombre:		NIF:			

6.- TIPO DE AYUDA (según artículo 1 del reglamento) (marcar sólo UNA con según artículo 6 del reglamento):

<input type="checkbox"/>	Tratamiento de Odontología y Ortodoncia.	<input type="checkbox"/>	Óptica.
<input type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica para la Corrección Visual.	<input type="checkbox"/>	Audifono/Aparato de Fonación.
<input type="checkbox"/>	Ortopedia.	<input type="checkbox"/>	Natalidad y Adopción.
<input type="checkbox"/>	Atención a Familiar con Discapacidad Física, Psíquica y/o Sensorial.	<input type="checkbox"/>	Logopedia.
<input type="checkbox"/>	Atención a Hijo/a Menor Afectado/a por Cáncer/otra Enfermedad Grave.	<input type="checkbox"/>	Vacunación Hijos/as < 16 años.
<input type="checkbox"/>	Enfermedad celiaca/trastornos e intolerancia alimentos carácter genérico.	<input type="checkbox"/>	Atención Psicológica-Psiquiátrica.

7.- DOCUMENTACIÓN APORTADA (según sea el caso de acuerdo al artículo 7 del Reglamento, marcar con):

<input type="checkbox"/>	1.- Documento Firmado de Representación o Autorización.
<input type="checkbox"/>	2.- Documento de Identidad del Representante o Autorizado.
<input type="checkbox"/>	3.- Original Factura (debidamente cumplimentada según artículo 7 punto 2 Reglamento).
<input type="checkbox"/>	4.- Original Receta Médica o Certificado/Informe del Facultativo sobre el Usuario/a.
<input type="checkbox"/>	5.- Libro Familia, Certificado Pareja Hecho, Acreditación de la Convivencia.
<input type="checkbox"/>	6.- Original Certificado AEAT Ejercicio Fiscal Anterior.
<input type="checkbox"/>	7.- Original Certificado de Situación de Desempleo.
<input type="checkbox"/>	8.- Original Resolución Judicial.
<input type="checkbox"/>	9.- Original Certificado Oficial de Valoración de la Discapacidad.
<input type="checkbox"/>	10.- Original de la Justificación de no recibir otras Ayudas Sociales.

En Parla, a	de	de 20	Firma del Solicitante o Representante:
-------------	----	-------	--