

## Solicitud de Prestación Asistencial

(HUÉRFANOS, DE COLEGIADOS, DISCAPACITADOS Y CON INSUFICIENTES RECURSOS)

### Datos del colegiado:

Número de colegiado \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

### Datos del beneficiario:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ F.Nac. \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Tlfno. \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Nº Hijos \_\_\_\_\_ Grado y nivel de dependencia \_\_\_\_\_

### En caso de incapacidad legal:

Tutor legal (Nombre, apellidos y parentesco) \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Tlfno. \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda.**

*Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto (todos los datos) es absolutamente cierto.*

**Por control interno, en el caso de ayudas realizadas mediante cheque, transcurridos 90 días contados a partir de la emisión del mismo, procederemos a su anulación.**

*De conformidad con la L.O. 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, debemos informarle que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de los ficheros responsabilidad de esta Fundación para la gestión y pago de las ayudas, y serán comunicados al Colegio Oficial de Médicos de Tenerife y Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales, con la confidencialidad y medidas de seguridad exigidas por la normativa. Podrá ejercitar, en relación con sus datos personales, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de esta Fundación. Por la firma de este documento da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba indicados.*

**LA FUNDACIÓN DECLARARÁ A HACIENDA LAS CANTIDADES ENTREGADAS A SUS BENEFICIARIOS/AS.**

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del/a solicitante

### **Definición:**

- Ayuda económica, destinada a complementar las necesidades de los/as huérfanos con discapacidad, de colegiados/as fallecidos/as, con insuficientes recursos.

### **Destinatario:**

- Huérfanos con discapacidad, de colegiado/a o personal del colegio fallecido/a, con falta de recursos.

### **Aportaciones:**

- Cantidad máxima por huérfano: según cantidad de dinero disponible renovable anualmente.
- Se tendrá en cuenta la situación económica de cada caso a la hora de conceder la prestación.

### **Requisitos:**

- Diez años de colegiación (acumulada) en el COMTF (modalidad ordinaria de colegiación).
- Ser soltero
- Tener reconocido por la administración pública competente el Grado III de Dependencia, o estar tramitándolo.
- Dependier económicamente del colegiado fallecido cuando ocurrió el deceso.
- La unidad familiar debe tener unos ingresos, por todos los conceptos, inferiores a **17.365 € brutos al año, o 38.678 € brutos al año** en caso de huérfano absoluto.
- Presentar la solicitud durante los tres primeros meses desde el fallecimiento del colegiado, **o en caso de renovaciones, entre el 01 y el 31 de diciembre del año anterior** al que se refiere la prestación

### **Documentación a aportar:**

#### **Renovaciones**

- Formulario de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- Fe de vida y Estado Civil.
- Fotocopia de la última declaración de Hacienda de la Unidad Familiar o certificado de Hacienda de que no tiene obligación.
- Certificado de la Seguridad Social y/o clases pasivas con las pensiones recibidas.
- En caso de documentos presentados anteriormente que hayan caducado o que no se ajusten a la situación actual, presentar el documento en vigor (p.ej. DNI, cert. de convivencia, etc)

#### **Nuevas solicitudes**

- Todo lo anterior
- DNI del colegiado/a y del beneficiario/a
- Certificado de defunción del/la colegiado/a.
- Libro de Familia.
- Tutoría en firme, si es el caso.
- Certificado de Convivencia (**se solicita en el Ayuntamiento del domicilio**).
- Certificado de Catastro Gral. de Fincas (Nota Simple Informativa de Titularidad) (**se solicita en el Catastro o Reg. de la Propiedad**)
- Dictamen de valoración del grado de dependencia reconocido por la administración pública competente o de la solicitud de trámite (junto con el informe sociosanitario del centro residencial). De no disponer del Dictamen, aportar solicitud de valoración de la Dependencia, junto el certificado Oficial de discapacidad, y el informe sociosanitario.
- Planes de pensiones suscritos.
- Fotocopia de las últimas 3 declaraciones de Hacienda de la Unidad Familiar o certificado de Hacienda de que no tiene obligación.

### **Plazo:**

- Para nuevas solicitudes, durante los tres primeros meses desde el fallecimiento del colegiado/a.
- Para renovaciones, entre el 1 y el 31 de diciembre del año anterior al que se refiera la ayuda.
- Una vez aprobada la prestación, se realizarán dos pagos (uno cada semestre).

NOTA: El cumplimiento de estos plazos es responsabilidad del beneficiario de la prestación.

### **Incompatibilidades:**

- Con prestaciones que superen las cantidades máximas establecidas.

### **Nota:**

- La concesión de la prestación/ayuda queda condicionada a la existencia de disponibilidad presupuestaria para la misma en el ejercicio correspondiente a la solicitud.

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del/a solicitante