

SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA DEPENDENCIA - DISCAPACIDAD DEFINITIVA O TEMPORAL EN RESIDENCIA O DOMICILIO

Datos del colegiado:

Número de colegiado _____ DNI _____

Nombre y apellidos _____

F.Nac. _____ Tlfno. _____ Móvil _____ Otro tlfno. de contacto _____

Dirección _____

CP _____ Población _____

Estado Civil _____ Nº Hijos _____ E-mail _____

En caso de incapacidad legal:

Tutor legal (Nombre, apellidos y parentesco) _____

Dirección _____ CP _____

Población _____ Tlfno. _____ Móvil _____

E-mail _____

En su caso, solicita la ayuda para:

Tutor legal (Nombre, apellidos y parentesco) _____

F.Nac. _____ DNI _____ Grado y nivel de dependencia _____

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 de 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 FUNDACION DECLARARA A HACIENDA LAS CANTIDADES ENTREGADAS A SUS BENEFICIARIOS/AS.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____
Firma del/a solicitante

Definición:

- Ayuda económica destinada a colaborar en el coste que origina la estancia en un centro residencial o en domicilio para médicos colegiados en situación de dependencia o discapacitados que necesiten ayuda de otra persona para su vida habitual.

Destinatario:

- Colegiados/as que necesiten ingresar en un centro residencial o necesiten ayuda domiciliaria, y no cuenten con ayuda económica de la administración pública para tal fin.

Aportaciones:

- Importe dependiente del número de solicitudes presentadas en el período, con una Cantidad máxima de 6.000 €/año y colegiado.
- Se tendrá en cuenta la situación económica de cada caso a la hora de conceder la prestación.

Requisitos:

- Veinte años de colegiación ininterrumpida en el COMTF (modalidad ordinaria de colegiación).
- Presentar las **renovaciones, entre el 01 y el 31 de diciembre del año anterior** al que se refiere la prestación.
- La unidad familiar debe tener unos ingresos, por todos los conceptos, inferiores a **120.000 € brutos al año**.
- Certificado de su médico de referencia o psiquiatra para su patología. Durante un máximo de tres años, mientras se tramita en la Administración su grado de dependencia.

Documentación a aportar:

Renovaciones

- Formulario de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- Fe de vida y Estado Civil del beneficiario.
- Factura de la residencia si es el caso.
- Informe Oficial del médico especialista de referencia para su patología, si no está en residencia.
- 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
- Declaración Jurada del Colegiado sobre su situación.
- DNI del colegiado/a.
- Tutoría en firme, si es el caso.
- Planes de pensiones suscritos.
- 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**)
- Últimas 3 declaraciones de Hacienda de la Unidad Familiar o certificado de Hacienda de que no tiene obligación

Plazo:

- Para nuevas solicitudes, del 1 de enero al 31 de diciembre.
- 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

Informe Oficial del Médico de Cabecera (o Psiquiatra)

El Dr/a. D/ª _____ Col. Nº _____

con asistencia en _____ C/ _____

Tfno: _____, suscribe el siguiente INFORME MÉDICO, relativo a D/ª _____

_____ con DNI nº _____, de _____ años de edad, a fin

de acompañar solicitud de prestación de **LA FUNDACIÓN MÉDICOS DE TENERIFE**.

Está de baja laboral desde _____

Para:

☐ TRABAJO HABITUAL tiene un impedimento clínico (subraye) LEVE - MODERADO - GRAVE que se inició en el año _____

☐ CUALQUIER TRABAJO tiene un impedimento clínico (subraye) LEVE - MODERADO - GRAVE que se inició en el año _____

Respecto a su cuidado personal, mi criterio clínico es que: ☐ NO ☐ SI precisa de una 3ª persona

En _____, a _____ de _____ de 20 _____