



Código Guía Servicios 0582

## ANEXO II

### AYUDAS INDIVIDUALIZADAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Nº Expte. Regional
--------------------

**1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE.**

D.N.I./N.I.E. (Obligatorio)	T.I.E. (Obligatorio personas extranjeras no comunitarias)*	APELLIDOS Y NOMBRE		
<input type="text"/>	<b>E 1</b> <input type="text"/>			
DOMICILIO (Calle o Plaza)		NÚMERO	PISO	LOCALIDAD
MUNICIPIO	CODIGO POSTAL	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	ESTADO CIVIL
SEXO <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR NACIMIENTO	NACIONALIDAD
<input type="checkbox"/> TITULAR-BENEFICIARIO/A DE LA SEGURIDAD SOCIAL			<input type="checkbox"/> TITULAR-BENEFICIARIO/A DE OTROS RÉGIMENES (MUFACE, ISFAS ...)	
¿ESTÁ INTERNADO/A EN UN CENTRO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		DENOMINACIÓN Y DIRECCIÓN DEL MISMO		
GRADO DE DISCAPACIDAD		COMUNIDAD AUTONOMA DE RECONOCIMIENTO		

\*El TIE se encuentra en la parte superior-derecha de la Tarjeta de Identificación de Extranjero.

**2. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE.****(Cumplimentar cuando la solicitud no la firma la persona solicitante).**

D.N.I./N.I.E./C.I.F (Obligatorio)	T.I.E. (Obligatorio personas extranjeras no comunitarias)*	APELLIDOS Y NOMBRE/ ENTIDAD		
<input type="text"/>	<b>E 1</b> <input type="text"/>			
FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		
DOMICILIO (Calle o Plaza)		NÚMERO	PISO	LOCALIDAD
MUNICIPIO	CODIGO POSTAL	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	
RELACIÓN CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/TÍTULO DE REPRESENTACIÓN				

\*El TIE se encuentra en la parte superior-derecha de la Tarjeta de Identificación de Extranjero.

**3. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA AYUDA.****(La persona perceptora debe ser titular de la cuenta bancaria).**

D.N.I./N.I.E./C.I.F. (Obligatorio)	T.I.E. (Obligatorio personas extranjeras no comunitarias)*	APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA PERCEPTORA/ ENTIDAD		
<input type="text"/>	<b>E 1</b> <input type="text"/>			

\*El TIE se encuentra en la parte superior-derecha de la Tarjeta de Identificación de Extranjero.

IBAN (24 DIGITOS)																							
<b>E</b>	<b>S</b>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	



**4. TIPO DE AYUDA QUE SOLICITA.\***

<input type="checkbox"/> ADAPTACIÓN FUNCIONAL DEL HOGAR
<input type="checkbox"/> ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS
<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO BUCODENTAL
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS DENTAL
<input type="checkbox"/> AUDÍFONOS (MÁXIMO 2 UNIDADES)
<input type="checkbox"/> OTRAS AYUDAS TÉCNICAS AUDITIVAS. Especificar: .....
<input type="checkbox"/> REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA AYUDAS TÉCNICAS AUDITIVAS. Especificar: .....
<input type="checkbox"/> ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR
<input type="checkbox"/> GRÚA ELÉCTRICA (ARNÉS INCLUIDO)
<input type="checkbox"/> CAMA ELÉCTRICA/ARTICULADA COMPLETA (INCLUYE SOMIER ARTICULADO, COLCHÓN ARTICULADO Y BARANDILLAS)
<input type="checkbox"/> COLCHÓN ARTICULADO/ LÁTEX
<input type="checkbox"/> COLCHÓN ANTIESCARAS
<input type="checkbox"/> SILLA DE BAÑO/ DUCHA
<input type="checkbox"/> SILLA DE BAÑO/ DUCHA CON REPOSACABEZAS
<input type="checkbox"/> GAFAS (MÁXIMO 2 UNIDADES)
<input type="checkbox"/> LENTES (MÁXIMO 4 UNIDADES)
<input type="checkbox"/> LENTILLAS (PRESUPUESTO ANUAL)

\*Podrá concederse ayuda para un solo concepto por solicitante.

**5. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR, COMPOSICIÓN Y DECLARACIÓN DE INGRESOS.**

APELLIDOS Y NOMBRE	D.N.I./ N.I.E.	PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS MENSUALES	PROCEDENCIA INGRESOS
SOLICITANTE	_____	_____	_____		

**6. PERSONAS DE LA UNIDAD FAMILIAR CON GRADO DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA RECONOCIDO (EXCLUIDA LA PERSONA SOLICITANTE).**

APELLIDOS Y NOMBRE	GRADO RECONOCIDO	COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RECONOCIMIENTO

**7. DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE, O EN SU CASO, DE LA PERSONA REPRESENTANTE.**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ D.N.I./ N.I.E. \_\_\_\_\_  
**manifiesto no haber percibido otras ayudas** para los conceptos solicitados, otorgadas por otras administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.

**8. FIRMA DE LA SOLICITUD.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Fdo:

**9. DOCUMENTOS QUE DEBEN APORTARSE CON ESTA SOLICITUD.**

- Certificado/volante de empadronamiento en el que se acredite que la persona solicitante reside en la Región de Murcia al menos seis meses antes de la fecha de la solicitud.\*
  - Certificado/volante de empadronamiento colectivo, en el que todas las personas de la unidad familiar consten incluidas en la misma hoja padronal.\*
  - Presupuesto detallado de la acción a realizar (superior a 100 €). En el supuesto de haber adquirido el concepto solicitado con posterioridad al 1/01/2017, copia de la factura.
  - Fotocopia del documento bancario en el que conste el IBAN (24 dígitos) y la persona perceptora figure como titular de la cuenta.
- Acreditación de los ingresos que perciban todas las personas de la unidad familiar:
- Sólo en caso de que se hayan producido variaciones en la situación laboral de alguna persona de la unidad familiar respecto al ejercicio 2015 (última renta disponible, de la que la Administración hará uso para valorar los ingresos de la unidad familiar): acreditación documental de los ingresos actuales (mediante copia de las dos últimas nóminas para quien trabaje por cuenta ajena; certificado de empresa para quien trabaje como fijo/a discontinuo/a y eventual; y última declaración trimestral del IRPF, acreditación de la cuota que se abona y declaración jurada de ingresos, para quien trabaje por cuenta propia).
  - En caso de percibir pensión de alimentos/ compensatoria: Fotocopia de la sentencia de separación/ divorcio/ reguladora de la guarda y derecho de alimentos, así como del convenio regulador. O en caso de impago, acreditación de la reclamación judicial de la misma.
  - En caso de ser pensionista de clases pasivas o de organismos extranjeros: Certificado acreditativo.
- En el supuesto de personas extranjeras comunitarias:** Fotocopia del Certificado de Registro de Ciudadano de la Unión Europea y del pasaporte o documento de identidad en vigor del país de origen de la persona solicitante, así como de la persona representante o perceptora, en su caso (la documentación de la persona solicitante debe estar compulsada).
- En el supuesto de que entidades colaboradoras sean representantes/ perceptoras:** Fotocopia del C.I.F.
- En el supuesto de estar reconocida la discapacidad en Comunidad Autónoma distinta de la Región de Murcia:** Certificado acreditativo.
- En el supuesto de abonar pensión de alimentos/ compensatoria:** Fotocopia de la sentencia de separación/ divorcio/ reguladora de la guarda y derecho de alimentos, así como del convenio regulador, y justificante de abonar dicho importe.
- **En el supuesto de adaptación del hogar o eliminación de barreras arquitectónicas:**
- En caso de propiedad de la vivienda: Documento acreditativo de la titularidad.
  - En caso de cesión de la vivienda: Además del documento anterior, documento acreditativo de la cesión por período igual o superior a cuatro años a partir de la fecha de solicitud, y autorización de la persona propietaria de la vivienda para efectuar las obras.
  - En caso de alquiler de la vivienda: Fotocopia del contrato de alquiler que acredite que es prorrogable por un período igual o superior a cuatro años a partir de la fecha de solicitud, así como autorización de la persona propietaria de la vivienda para efectuar las obras.
- En el supuesto de adaptación de vehículos a motor:** Documento que acredite que el vehículo a adaptar es propiedad de la persona solicitante u otra persona de su unidad familiar.
- En cualquier caso, el órgano instructor podrá requerir a la persona solicitante cualquier documento que sea relevante para la valoración del cumplimiento de requisitos.

*Todos los documentos deben ser legibles, y en caso de haber sido emitidos en otros países, deberán estar traducidos al castellano.  
\*La fecha de expedición de los certificados deberá ser lo más próxima posible a la solicitud, y en todo caso, no superior a seis meses.*

**10. DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO.**

**Declaro bajo mi responsabilidad** que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

**Quedo en 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 trabajo, percepción de otros ingresos, pensiones, subsidios, rentas de capital) y familiar (variación de las personas con las que convivo), en el plazo de 15 días a partir del momento en que se produzca.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación, necesarios para la resolución de la solicitud de **ayudas individualizadas a personas con discapacidad**, correspondientes a los certificados de:

- Identidad.
- Discapacidad.
- Verificación de datos de Residencia de la persona solicitante.
- Situación de alta laboral en la Seguridad Social.
- Consulta de las prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, Incapacidad Temporal y Maternidad.
- Consulta de importes actuales de prestaciones por desempleo.
- Información catastral.
- Nivel de renta de contribuyente persona física.

En caso contrario, en el que **NO otorgue** el consentimiento para la consulta, marque la/s casilla/s correspondiente/s:

Parentesco	Apellidos, nombre	Datos de identidad	Discapacidad	Datos residencia solicitante	Situación alta laboral	Prestaciones	Información catastral	Nivel de renta	DNI y firma: Quienes firman <b>NO AUTORIZAN</b> la consulta. En el caso de menores de 14 años, firma de quien esté a su cargo.
Solicitante									
Cónyuge				_____					
Hijo/a 1				_____					
Hijo/a 2				_____					
Padre				_____					
Madre				_____					
Hermano/a 1				_____					
Hermano/a 2				_____					
Otros 1 (indicar parentesco)				_____					
Otros 2 (indicar parentesco)				_____					

**EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO EN LA OBLIGACIÓN DE APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD**

**11. DATOS DE NOTIFICACIÓN (MARQUE UNA CASILLA)**

<input type="radio"/>	<p><b><i>Deseo la notificación por carta en mi domicilio o en la siguiente dirección</i></b></p> <p><i>(rellenar sólo si se opta por una dirección distinta a la de su domicilio)</i></p> <p>Vía.....</p> <p>Número....., Piso....., Puerta.....Portal....., Escalera....., Km.....</p> <p>Código postal..... Localidad..... Municipio.....</p>
<input type="radio"/>	<p><b><i>Deseo la notificación electrónicamente [1] Marcar una X para autorizar a la Administración</i></b></p> <p><b><u>IMPORTANTE: PARA ACCEDER A ESTE SISTEMA EL CIUDADANO HA DE DISPONER DE CERTIFICADO ELECTRÓNICO Y TENER CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS PARA SU INSTALACIÓN</u></b></p> <p><i>Autorizo a la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión a notificarme 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.</i></p> <p><b><i>A tal fin, me comprometo [2] a acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave concertada o cualquier otro sistema habilitado por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM <a href="https://sede.carm.es">https://sede.carm.es</a> / apartado consultas / notificaciones electrónicas /, o directamente en la URL <a href="https://sede.carm.es/vernotificaciones">https://sede.carm.es/vernotificaciones</a></i></b></p> <p><i>Asimismo autorizo a Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica a través de un correo electrónico a la dirección de correo ..... y/o vía SMS al nº de teléfono móvil .....</i></p> <p><i>[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o en papel) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) quienes por ley están obligados a ser notificados electrónicamente.</i></p> <p><i>[2] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, una vez transcurridos 10 días naturales, desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido rechazada.</i></p> <p style="text-align: center;"><b><i>De no elegir ninguna opción, la notificación se realizará por carta</i></b></p>

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre las personas perceptoras/beneficiarias de ayudas y prestaciones de carácter social, están constituidos en el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas a estas ayudas, todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

**ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GERENTE DEL INSTITUTO MURCIANO DE ACCIÓN SOCIAL**