

ANEXO I

SOLICITUD DE LA CONVOCATORIA



Código: ____/21
Técnico: _____
(A cumplimentar por ELA España)

1. MODALIDAD DE AYUDA SOLICITADA:

1.1 Asistencia rehabilitadora	Tipo de terapia (<i>marque sólo una de las siguientes</i>)	Coste (<i>según factura proforma</i>)	Importe solicitado a ELA España ⁽¹⁾
	Fisioterapia	Por sesión:€
	Hidroterapia€	
	Logopedia	Total mensual:	
	Terapia ecuestre		
	Otra, especificar€	

En la casilla de importe solicitado debe **indicar la cantidad de dinero total que usted solicita a ELA España y que deberá coincidir con el gasto ANUAL que asume de esa terapia, descontado cualquier importe que tenga concedido para ese concepto a otros organismos públicos o privados, si tuviese solicitada una ayuda pero aún desconoce si se le va a conceder, deberá indicar la cantidad de dinero que ha solicitado en el cuadro de "otras ayudas o prestaciones", pero no descontarlo del importe que solicita a ELA España.**

Ingresos, prestaciones o ayudas que percibe o tiene solicitadas en otros organismos o entidades para el mismo tipo de ayuda que solicita a ELA España.	Año	Cuantía solicitada	Cuantía concedida
a)			
b)			
c)			

Es imprescindible que cumplimente indicando cada una de las ayudas que han sido solicitadas a otros organismos o entidades para cubrir el coste de la ayuda solicitada a ELA España.

2. DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA (afectado):

Apellidos y nombre (afectado/a):		DNI/NIF/Pasaporte:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Nacionalidad:	
Domicilio:	Nº:	Piso:	Teléfono:
Localidad:	Provincia:	CP:	
Reconocimiento del grado de discapacidad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado:			
Fecha de reconocimiento:			
Prestaciones económicas vinculadas a la discapacidad o dependencia (1)	Cuantía concedida (1)		
1. Prestación económica por hijo a cargo			
2. Prestación económica por cuidados en el entorno familiar			
3. Cheques servicio			
4. Pensiones no contributivas			
5. Otras (indicar)			

(1) Indicar la cuantía que se percibirá de ayuda durante el año 2021.

3. MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN:

Correo electrónico (1)	_____@_____
-------------------------------	-------------

(1) Recuerde especificar un correo electrónico, esta vía será la empleada para notificaciones (incidencias y resolución de la ayuda)

4. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Apellidos y nombre:	DNI/NIF/Pasaporte:		
Fecha nacimiento:	Sexo:		
Domicilio:	Nº :	Piso:	Teléfono:
Localidad:	Provincia:	CP:	
Relación con la persona solicitante:	Titulo de la representación (*):		

(*)Adulto capacitado, padre, madre, guardador de hecho, representante legal o judicial.

5. DATOS SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR:

Personas integrantes de la unidad familiar (Nombre y apellidos)	Parentesco con la persona beneficiaria (Padre, madre, hermano,..)	Ingresos anuales brutos 2020 ⁽¹⁾
	PADRE	
	MADRE	
	HERMANO/A	
	HERMANO/A	
	HERMANO/A	
	OTROS	

¿Alguno de los miembros de la unidad familiar, además del afectado por leucodistrofia objeto de esta solicitud, ha sido valorado con algún grado de discapacidad o incapacitado permanente?
Si/No_____ En caso afirmativo, indique el nombre:_____

Situaciones especiales(*): _____

(*)En el caso de que alguno de los miembros de la unidad familiar perciba prestación por desempleo, RMI, Ingreso mínimo vital..., por favor indíquelo en situaciones especiales

(1) **Es imprescindible indicar los ingresos anuales de la unidad familiar**, por cada uno de los integrantes de la misma.

Señale el total gastos anuales (aproximados) que tendrá en 2021, derivados de la discapacidad o enfermedad de la persona por la que se solicita esta ayuda (ELA España podrá solicitar documentos que acrediten los gastos especificados):

Terapias ⁽¹⁾	Fármacos	Reformas o adaptaciones funcionales	Otros	
.....€/anuales€/anuales (*Importe no cubierto por el SNS€/anuales	Especificar tipo de gasto:€/anuales€/anuales

(1) El importe en terapias indicado debe ser el resultado del coste anual de todas las terapias realizadas una vez descontada la cantidad del punto 1.1 de la solicitud

6. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA: (marcar con una x)

Copia del Certificado de discapacidad	
Copia del dictamen técnico facultativo	
Copia del DNI del solicitante	
Copia de la/s última/s declaración/es de la renta o Certificado negativo de hacienda	
Copia factura o presupuesto mensual (según corresponda)	

La documentación que indique debe ser la concretamente aportada junto a esta solicitud, no se admitirán solicitudes cuya aportación de documentación no corresponda a lo expresamente declarada.

7. DECLARACIÓN JURADA:

D. / Dña. _____, con DNI.: _____,

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

Esta solicitud conlleva mi consentimiento a la Asociación Española contra la Leucodistrofia ELA España para requerir, si fuera necesario, otra información o documentación complementaria para la correcta resolución de la ayuda.

La presentación de esta solicitud implica el conocimiento y aceptación de las bases a las que está sujeta.

Quedo informado de que la falsedad u omisión de la información aportada en la presente solicitud y su documentación adjunta, puede dar lugar a la anulación de la resolución positiva y/o al reintegro por parte del beneficiario del importe cofinanciado por ELA España.

En _____, a _____ de _____ de 2021

Firma (*)

Información sobre protección de datos**Responsable del tratamiento:**

Identificación: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA LA LEUCODISTROFIA

NIF: G12557476

Dirección: Centro Multifuncional La Rambla. Avda. Príncipes de España 20, 2ª planta. 28823. COSLADA (Madrid)

Teléfono: 91 297 75 49

e-mail: rgpd.elaespana@gmail.com

Contacto DPD/DPO: rgpd.elaespana@gmail.com

Finalidad del tratamiento

Los datos personales aportados por el interesado o en su caso por su representante legal, incluidos los informes sanitarios, sociales, pedagógicos, pruebas diagnósticas o cualquier otro documento identificativo o relativo a su salud, situación social o educativa, de su representado o en su caso de cualquier otro miembro del entorno familiar del afectado serán tratados con la finalidad de gestionar los servicios, recursos, apoyos o ayudas recibidos por parte de la entidad, las tareas administrativas derivadas y de informarles por cualquier medio, incluidos los medios electrónicos de los servicios y actividades de la entidad.

Tiempo de conservación

Se mantendrán sus datos personales mientras sea usuario de los servicios de la misma y si causara baja mientras usted no solicite la supresión de los mismos y en todo caso durante el tiempo necesario para cumplir con los plazos legales establecidos por normativa sanitaria, fiscal o cualquier otra normativa que afecte a la entidad.

Legitimación del tratamiento

La legitimación del tratamiento está basada en la prestación de los servicios socio-sanitarios solicitados por el interesado, Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cualquier otra legislación sanitaria que afecte al historial clínico y el consentimiento del interesado o su representado.

Destinatarios de comunicaciones o cesiones

Los datos aportados por el interesado o en su caso por su representante legal, podrán ser cedidos o comunicados a:

- Organismos y Entidades públicos o privados para la solicitud y justificación de subvenciones, colaboraciones y ayudas económicas o de cualquier otro tipo en favor de la entidad.
- Organismos y entidades públicos o privados, para la gestión de los servicios, recursos, apoyos o ayudas solicitadas por el interesado.

En los casos necesarios se mantendrán los correspondientes contratos de encargo de tratamiento.

No está previsto realizar ninguna otra cesión o comunicación de datos, si fuera necesario realizar otras cesiones o comunicaciones de datos, se le comunicará previamente.

Derechos del interesado

Puede ejercer todos los derechos según la legislación vigente sobre protección de datos.

Obtener información por parte del responsable del tratamiento de si se están tratando o no datos personales que le conciernen. Acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de datos inexactos, solicitar la supresión de datos que ya no sean necesarios para los fines que se recogieron, solicitar la limitación u oposición del tratamiento de los datos, conservándose en este caso únicamente para el ejercicio de posibles reclamaciones, y solicitar la portabilidad de sus datos.

En caso de que tratemos sus datos para alguna finalidad en la que hayamos solicitado su previo consentimiento, tiene derecho a retirar el mismo en cualquier momento sin que ello afecte a la licitud del tratamiento previo a su retirada.

Puede ejercer los derechos indicados anteriormente ante el responsable del tratamiento, cuyos datos figuran en este documento, aportando el correspondiente documento que le identifique.

Si lo desea puede solicitar los formularios necesarios para facilitarle el ejercicio de sus derechos.

Asimismo, puede presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en la calle Jorge Juan 6, 28001, Madrid, o en www.agpd.es

He leído y entiendo la información facilitada y consiento el tratamiento de mis datos conforme a lo indicado.

En, a de de 2021

Firma (*)