



1. Dades del membre col·legiat

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom: | Núm. col·legiat: |
| Cognoms: | |
| NIF: | Data de naixement: / / |
| Adreça: | Població: |
| Província: | Codi postal: |
| Telèfon particular: | Telèfon mòbil: |
| Correu electrònic: | |
| Situació laboral: | <input type="checkbox"/> En actiu <input type="checkbox"/> Jubilació <input type="checkbox"/> Baixa/Invalidesa <input type="checkbox"/> Defunció |

2. Dades de la persona beneficiària de l'ajut (fill/a)

| | |
|--------------|------------------------|
| Nom: | |
| Cognoms: | |
| NIF: | Data de naixement: / / |
| Edat actual: | |

Dades bancàries

| |
|----------------------|
| Titular del Compte*: |
| Nº Compte: |

*Ha de coincidir amb qui esdevé persona beneficiària de l'ajut.

3. Dades socioeconòmiques

Persona beneficiària de l'ajut

ESTRUCTURA DE L'ENTORN FAMILIAR DE CONVIVÈNCIA

| |
|-------------------------------------------------|
| Nombre de persones que conviuen al domicili: |
| Edats de les persones que conviuen al domicili: |
| Nivell de parentiu de les anteriors: |
| Centre residencial: |

SUPORTS I SERVEIS D'ATENCIÓ SOCIAL I DE LA SALUT AMB ELS QUE COMPTA (situar quantia mensual)

| |
|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuidador no familiar: |
| <input type="checkbox"/> Servei d'ajut a domicili: |
| <input type="checkbox"/> Serveis especialitzats a domicili: |
| <input type="checkbox"/> Transport adaptat: |
| <input type="checkbox"/> Altres serveis: |



FONS D'INGRESSOS PER PRESTACIONS PÚBLIQUES (situar quantia mensual)

Dependència:

Altres:

Dades referents a altres integrants de l'entorn de convivència

FAMILIAR 1

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ LABORAL

En actiu

Baixa/Invalidesa

Estudiant

Jubilació

Atur

FAMILIAR 2

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ LABORAL

En actiu

Baixa/Invalidesa

Estudiant

Jubilació

Atur

FAMILIAR 3

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària:

Edat:

SITUACIÓ LABORAL

En actiu

Baixa/Invalidesa

Estudiant

Jubilació

Atur

4. Definició de necessitats de la persona beneficiària de l'ajut

Principals dificultats actuals que presenta la persona beneficiària de l'ajut, definint concretament el seu estat actual en les esferes següents: estat de salut i diagnòstics principals, estat d'ànim, suports socials amb els que compta o necessita, entre d'altres que es considerin d'interès a destacar.



5. Definició de necessitats de l'entorn familiar de convivència

Altres aspectes rellevants a destacar dins l'entorn familiar (presència de persones grans, infants, familiars amb patologies cròniques,...entre d'altres).

Definir la **contribució satisfactòria que suposaria rebre l'ajut sol·licitat.**

6. Tipologia de prestació i/o servei per al que sol·licita ajut

Marcar amb una X a la graella esquerra el tipus de prestació o servei que sol·licita al CoMB.

Només es pot demanar un ajut per sol·licitud i any.

- 1. Suport per al tractament de l'atenció precoç a fills de 0 a 5 anys
- 2. Suport per al tractament de l'atenció especialitzada a fills de 6 a 12 anys
- 3. Suport per al tractament de l'atenció especialitzada a fills de 12 a 18 anys
- 4. Suport d'acompanyament per a fills de metges amb diversitat funcional
- 5. Ajut econòmic puntual
- 6. Ajut econòmic per ajudes tècniques
- 7. Ajut econòmic d'adaptació a la llar
- 8. Ajut econòmic puntual per Centre Residencial
- 9. Servei d'atenció a domicili



7. Documentació complementària que cal aportar

La documentació que cal presentar i es descriu a continuació per a cadascun dels ajuts que se sol·licitin.

SUPPORT PER AL TRACTAMENT DE L'ATENCIÓ PRECOÇ A FILLS DE 0 A 5 ANYS

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària
- Informe de valoració mèdic emès pel CDIAP envers la necessitat del tractament del menor. Altres informes tècnics que acreditin la situació objecte d'atenció.
- Fotocòpia de la resolució de reconeixement del grau de discapacitat de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del reconeixement de la situació de dependència de la persona beneficiària, si en té.
- Declaració d'hisenda de l'últim any dels progenitors de la persona beneficiària.
- Factura/es del tractament que rep la persona beneficiària.
- Fotocòpia del comprovant bancari de la persona beneficiària.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**

SUPPORT PER AL TRACTAMENT DE L'ATENCIÓ ESPECIALITZADA A FILLS DE 6 A 12 ANYS

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària
- Informe de valoració mèdic emès pel CSMIJ envers la necessitat del tractament del menor o bé, altres informes tècnics-mèdics que acreditin la situació objecte d'atenció.
- Fotocòpia de la resolució de reconeixement del grau de discapacitat de la persona beneficiària.
- Fotocòpia del reconeixement de la situació de dependència de la persona beneficiària, si en té.
- Declaració d'hisenda de l'últim any dels progenitors de la persona beneficiària.
- Factura/es del tractament que rep la persona beneficiària.
- Fotocòpia del comprovant bancari de la persona beneficiària.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**



SUPPORT PER AL TRACTAMENT DE L'ATENCIÓ ESPECIALITZADA A FILLS DE 12 A 18 ANYS

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària
- Informe de valoració mèdic emès pel CSMIJ envers la necessitat del tractament del menor o bé, altres informes tècnics-mèdics que acreditin la situació objecte d'atenció.
- Fotocòpia de la resolució de reconeixement del grau de discapacitat de la persona beneficiària.
- Fotocòpia del reconeixement de la situació de dependència de la persona beneficiària, si en té.
- Declaració d'hisenda de l'últim any dels progenitors de la persona beneficiària.
- Factura/es del tractament que rep la persona beneficiària.
- Fotocòpia del comprovant bancari de la persona beneficiària.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**

SUPPORT D'ACOMPANYAMENT PER A FILLS DE METGES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària
- Fotocòpia de la resolució de reconeixement del grau de discapacitat de la persona beneficiària.
- Fotocòpia del reconeixement de la situació de dependència de la persona beneficiària, si en té.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**

AJUT ECONÒMIC PUNTUAL

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària
- Fotocòpia de la resolució de valoració del grau de dependència de la persona beneficiària per part de l'administració pública competent. Quan no es disposi encara de la resolució, caldrà aportar la fotocòpia de la sol·licitud de valoració de grau de dependència.
- Fotocòpia del comprovant bancari de la persona beneficiària.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**



AJUT ECONÒMIC PER AJUDES TÈCNIQUES

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària
- Fotocòpia de la resolució de valoració del grau de dependència de la persona beneficiària per part de l'administració pública competent. Quan no es disposi encara de la resolució, caldrà aportar la fotocòpia de la sol·licitud de valoració de grau de dependència.
- Fotocòpia del comprovant bancari de la persona beneficiària.
- Factura/es que acreditin l'adquisició de l'ajuda/es tècnica/ques durant l'any en que es sol·licita l'ajut.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**

AJUT ECONÒMIC D'ADAPTACIÓ DE LA LLAR

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària
- Fotocòpia de la resolució de valoració del grau de dependència de la persona beneficiària per part de l'administració pública competent. Quan no es disposi encara de la resolució, caldrà aportar la fotocòpia de la sol·licitud de valoració de grau de dependència.
- Factura/es que acreditin una adaptació de la llar durant l'any en que es sol·licita l'ajut.
- Fotocòpia del comprovant bancari de la persona beneficiària.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**



AJUT ECONÒMIC PUNTUAL PER CENTRE RESIDENCIAL

- Formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia de la resolució de valoració del grau de dependència de la persona beneficiària per part de l'administració pública competent. Quan no es disposi encara de la resolució, caldrà aportar la fotocòpia de la sol·licitud de valoració de grau de dependència.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària.
- Fotocòpia de la última factura del centre residencial o llar residència on està ingressada la persona beneficiària.
- Comprovant bancari que garanteixi la titularitat del compte per part de la persona beneficiària de l'ajut.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**

SERVEI D'ATENCIÓ A DOMICILI

- El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària
- Fotocòpia de la resolució de valoració del grau de dependència de la persona beneficiària per part de l'administració pública competent. Quan no es disposi encara de la resolució, caldrà aportar la fotocòpia de la sol·licitud de valoració de grau de dependència.
- Document fiscal model 145, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**



8. Declaració del sotassinat

La Sra./El Sr. _____, amb DNI _____

DECLARA:

Que tota la informació continguda en el present formulari de sol·licitud és veraç.

ACCEPTA:

Totes i cadascuna de les condicions exposades a continuació en relació als Ajuts econòmics i socials del Programa de Protecció Social per a l'exercici de l'any en curs, que es concreten en:

- Es tracta de prestacions econòmiques i socials de caràcter puntual i finalista.
- Aquestes prestacions no generen dret.
- Aquestes prestacions estan sotmeses a una disponibilitat pressupostària.
- Sempre la concessió de qualsevol prestació final ha de tenir en compte l'estat de necessitat del sol·licitant en relació als seus recursos personals i econòmics.
- La valoració de sol·licituds comporta la comprovació de tot allò que estigui relacionat amb la sol·licitud.
- Cal tenir en compte que hi ha algunes prestacions sotmeses a incompatibilitats entre elles, les quals es tindran en compte en el procés de valoració de sol·licituds.
- El CoMB informará a l'Agència Tributària (Hisenda) les quantitats de les prestacions entregades als seus beneficiaris.

ES COMPROMET:

A signar la documentació requerida i complir amb els requeriments establerts pel Programa de Protecció Social del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

SIGNATURA

_____, de _____ de 20____

Aquesta sol·licitud comporta que dono el consentiment per tal que les dades personals facilitades siguin tractades pel COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (CoMB) amb la finalitat d'assessorar-me i tramitar, si s'escau, la sol·licitud d'ajudes socials i/o econòmiques, de conformitat amb les funcions legals i estatutàries del CoMB (Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'Exercici de les Professions Titulades i dels Col·legis Professionals).

Amb aquesta finalitat consento la cessió de les meves dades a les entitats col·laboradores del CoMB proveïdores de serveis i productes de protecció social amb les que existeixi algun tipus d'acord i que intervinguin en la present sol·licitud (poden consultar-se a <https://protecciosocial.comb.cat/>), així com als organismes oficials (Agència Tributària, Seguretat Social, altres) que siguin legalment exigibles.

En cas que faciliti dades d'un tercer, sigui o no beneficiari de l'ajut, manifesto haver-lo informat prèviament d'aquesta comunicació i dispenso de la pertinent autorització.

Les dades es conservaran mentrestant estigui vigent la prestació sol·licitada o, en tot cas, fins a la seva resolució i, des d'aquesta, durant el termini que la legislació vigent estableixi en cada moment.

Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, per correu postal (Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona), per email (dadespersonals@comb.cat) o a través de l'App MetgesBarcelona. El CoMB disposa d'un Delegat en Protecció de Dades (dpo@comb.cat) qui resoldrà les reclamacions, dubtes o consultes que es plantegin pels interessats. També, puc presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.



Entitat certificada
en Qualitat ISO 9001:2015