



**ATENCIÓ SOCIAL I A LA DEPENDÈNCIA
COVID-19**

1. DADES DEL MEMBRE COL·LEGIAT

NOM I COGNOMS	
NIF	
DATA NAIXEMENT	
ADREÇA	
POBLACIÓ	
PROVÍNCIA	
CODI POSTAL	
TELÈFON PARTICULAR	
TELÈFON MÒBIL	
CORREU ELECTRÒNIC	
Nº COL·LEGIAT	
SITUACIÓ LABORAL	<input type="checkbox"/> En actiu <input type="checkbox"/> Jubilació <input type="checkbox"/> Baixa/Invalidesa

**2. DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE L'AJUT
(Només omplir si la persona beneficiària de l'ajut NO és el col·legiat)**

NOM I COGNOMS	
NIF	
DATA NAIXEMENT	
ADREÇA	
POBLACIÓ	
PROVÍNCIA	
CODI POSTAL	
TELÈFON PARTICULAR	
TELÈFON MÒBIL	
NIVELL DE PARENTIU AMB EL COL·LEGIAT	

**ENTORN FAMILIAR
DE CONVIVÈNCIA
HABITUAL**

- Domicili particular amb familiars
- Domicili particular amb cuidador no familiar
- Viu sol/a en el domicili particular
- Centre residencial

**ESTRUCTURA DE
L'ENTORN FAMILIAR
DE CONVIVÈNCIA**

Nombre de les persones que conviuen al domicili.....

Edats de les persones que conviuen al domicili.....

Nivell de parentiu de les anteriors.....

**3. DADES SÒCIO ECONÒMIQUES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE L'AJUT
(Només omplir per qui sol·liciti el SERVEI D'ATENCIÓ A DOMICILI COVID-19)**

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

- Cuidador no familiar:
- Servei d'Ajut a Domicili:
- Servei de Tasques a la llar:
- Serveis Especialitzats a domicili:
- Centre de Dia.....
- Transport Adaptat:
- Centre Residencial:
- Altres serveis:

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

- Jubilació:
- Invalidesa:
- Viduïtat:
- No Contributiva:
- Dependència
- Altres:

FONS D'INGRESSOS PRIVATS (Situat quantia mensual)

- Pòlisses:
- Assegurances:
- Béns Immobles:
- Altres:

4. DEFINICIÓ DE NECESSITATS DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE L'AJUT

Definir les principals dificultats actuals que presenta la persona beneficiària que justifiquin la necessitat de l'ajut sol·licitat.

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

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).

6. TIPOLOGIA DE PRESTACIÓ I/O SERVEI PER AL QUE SOL·LICITA AJUT

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

1. SUPORT PER CONVALESCÈNCIA MALALTS COVID-19
2. SERVEI D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA COVID-19

NOMÉS ES POT DEMANAR UN AJUT PER SOL·LICITUD I ANY


 Col·legi de Metges de Barcelona <small>PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL</small>	PROCEDIMENT FE OP 04.8	Pàgina: 6 de 7
	FORMULARI D' ATENCIÓ SOCIAL I A LA DEPENDÈNCIA COVID-19	Data: 21/07/2020
		Edició: 1

7. DOCUMENTACIÓ COMPLEMENTÀRIA QUE CAL APORTAR

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

SUPORT PER CONVALESCÈNCIA MALALTS COVID-19	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Justificant de la situació de baixa laboral temporal.
	Informe mèdic on es defineixi la situació de convalsència i el motiu.
	Última nòmina del període de baixa laboral.
	Document fiscal que s'adjunta degudament complimentat (Model 145).

SERVEI D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA COVID-19	
	El present formulari de sol·licitud degudament complimentat.
	Fotocòpia de la resolució de valoració del grau i nivell de dependència per part de l'administració pública.
	Fotocòpia de sol·licitud de valoració per part de l'administració pública quan no es disposi encara de la resolució de dependència.
	Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat (quan aquesta no és membre col·legiat).
	Fotocòpia del llibre de família de la persona beneficiària de l'ajut sol·licitat (quan aquesta no és membre col·legiat).
	Fotocòpia de la darrera declaració de la renda de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència. En el cas que el beneficiari i/o el seu nucli de convivència no realitzi/n la declaració de la renda, aportar un certificat de no renda i en el seu defecte, el beneficiari ha de signar una declaració jurada conforme aquest i/o el seu nucli de convivència no realitza/en la declaració de renda.
	Certificat anual de pensions de la persona beneficiària de l'ajut i del seu nucli de convivència, si el té.
	Justificant que acrediti l'estada permanent a la Residència o l'assistència al Centre de dia abans de l'inici de la pandèmia, de la persona beneficiària de l'ajut.
	Document fiscal que s'adjunta degudament complimentat (Model 145).

 Col·legi de Metges de Barcelona <small>PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL</small>	PROCEDIMENT FE OP 04.8	Pàgina: 7 de 7
	FORMULARI D' ATENCIÓ SOCIAL I A LA DEPENDÈNCIA COVID-19	Data: 21/07/2020
		Edició: 1

8. DECLARACIÓ DEL SOTASIGNAT

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.

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

_____ , _____ d _____ 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://www.comb.cat/cat/salut_benestar/proteccio_social/home.htm), 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, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona, per correu postal, email dpo@comb.cat o a través de l'App MetgesBarcelona. Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.