 <b>Col·legi de Metges de Barcelona</b> <small>PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL</small>	<b>PROCEDIMENT FE OP 04.7</b>	<b>Pàgina:</b> 1 de 5
	<b>FORMULARI DE SOL·LICITUD D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA</b> (fills de 6-12 anys)	<b>Data:</b> 24/12/2019
		<b>Edició:</b> 1

## Sol·licitud d'Atenció especialitzada (fills de 6-12 anys)

### 1. DADES DEL TITULAR DE LA PRESTACIÓ (MEMBRE COL·LEGIAT)

Núm. de col·legiat .....

NIF ..... Nom .....

Primer cognom ..... Segon cognom .....

Data de naixement .....

Adreça .....

Població ..... Província ..... Codi Postal .....

Telèfon Particular ..... Telèfon mòbil .....

Correu electrònic .....

Situació laboral     En actiu             Baixa/Invalidesa

### 2. DADES DEL BENEFICIARI/A (FILL/A)

Nom i cognoms	DNI	Data de naixement	Edat actual
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			

### 3. DADES BANCÀRIES

Núm. de C/C .....

Titular del compte: .....

### 4. DADES SOCIOECONÒMIQUES DEL BENEFICIARI/A

#### 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: .....

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

- Cuidador no familiar: .....
- Servei d'ajut a domicili: .....
- Serveis especialitzats a domicili: .....
- Altres serveis: .....

#### FONS D'INGRESSOS PER PRESTACIONS PÚBLIQUES (situar cost mensual)

- Dependència: .....
- Altres: .....

 <b>Col·legi de Metges de Barcelona</b> <small>PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL</small>	<b>PROCEDIMENT FE OP 04.7</b>	<b>Pàgina:</b> 2 de 5
	<b>FORMULARI DE SOL·LICITUD D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA</b>	<b>Data:</b> 24/12/2019
	<b>(fills de 6-12 anys)</b>	<b>Edició:</b> 1

DADES D'ALTRES INTEGRANTS DE L'ENTORN DE CONVIVÈNCIA

**FAMILIAR 1**

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària: .....

Edat: .....

**SITUACIÓ LABORAL**

- En actiu
- Jubilació
- Baixa/invalidesa
- Atur
- Estudiant

**FAMILIAR 2**

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària: .....

Edat: .....

**SITUACIÓ LABORAL**

- En actiu
- Jubilació
- Baixa/invalidesa
- Atur
- Estudiant

**FAMILIAR 3**

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària: .....

Edat: .....

**SITUACIÓ LABORAL**

- En actiu
- Jubilació
- Baixa/invalidesa
- Atur
- Estudiant


**FAMILIAR 4**

Nivell de parentiu amb la persona beneficiària: .....

Edat: .....

**SITUACIÓ LABORAL**

- En actiu
- Jubilació
- Baixa/invalidesa
- Atur
- Estudiant


 Col·legi de Metges de Barcelona PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL	<b>PROCEDIMENT FE OP 04.7</b>	<b>Pàgina:</b> 3 de 5
	<b>FORMULARI DE SOL·LICITUD D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA (fills de 6-12 anys)</b>	<b>Data:</b> 24/12/2019
		<b>Edició:</b> 1

## **5. DEFINICIÓ DE NECESSITATS**

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 (adjuntar informe mèdic), suports socials amb els que compta o necessita...,entre d'altres que es considerin d'interès a destacar.

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

 <b>Col·legi de Metges de Barcelona</b> <small>PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL</small>	<b>PROCEDIMENT FE OP 04.7</b>	<b>Pàgina:</b> 4 de 5
	<b>FORMULARI DE SOL·LICITUD D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA</b>	<b>Data:</b> 24/12/2019
	<b>(fills de 6-12 anys)</b>	<b>Edició:</b> 1

## 7. 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](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](mailto:dpo@comb.cat) o a través de l'App MetgesBarcelona*. Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

 Col·legi de Metges de Barcelona PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL	<b>PROCEDIMENT FE OP 04.7</b>	<b>Pàgina:</b> 5 de 5
	<b>FORMULARI DE SOL·LICITUD D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA (fills de 6-12 anys)</b>	<b>Data:</b> 24/12/2019
		<b>Edició:</b> 1

## **8. DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR**

- Formulari de sol·licitud degudament complimentat.
- Fotocòpia del DNI de la persona beneficiària, si en té.
- Fotocòpia 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 del reconeixement del certificat 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 d'ambdós progenitors.
- Factura/es del tractament que rep la persona beneficiària.
- Fotocòpia del comprovant bancari de la persona beneficiària.
- Document fiscal model 145 que s'adjunta, **complimentat amb les dades de la persona beneficiària.**