







CATÁLOGO DE PRESTACIONES 2023

Fundación para la Protección Social de la OMC









Índice...

Prese	entación	5
Miem	bros de la Junta de Patronos	7
Equip	po Técnico	9
l.	Introducción	11
II.	Criterios Generales	13
III.	Prestaciones y Servicios:	15
	1. Atención Social	17
	2. Asistenciales	21
H	3. Dependencia - Discapacidad	51
	4. Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional	109
	5. Prevención, Promoción y Protección de la Salud del Médico	137
	6. Protección en el Ejercicio profesional	151
IV.	Otra Información:	161
	1. Premio de Novela Albert Jovell	161
	2. Premios Jesús Galán	162
	3. Anexos	163









Presentación

Ante un nuevo Catálogo de Prestaciones, es de destacar el esfuerzo dirigido a reforzar aquellas ayudas destinadas a la atención de la discapacidad y dependencia con el propósito de facilitar que la persona beneficiaria pueda continuar viviendo en su entorno habitual todo el tiempo que le sea posible, garantizándole el apoyo necesario. Pero no menos importante es la ayuda desinada a afrontar los costes de los tratamientos especiales entre 6 y 21 años, tratamientos cada vez más demandados debido al incremento significativo de su incidencia entre esta población.

La conciliación sigue siendo un eje de protección de especial interés y preocupación, facilitando al máximo el acceso a las ayudas disponibles,

a la vez que deberemos estar atentos al surgimiento de necesidades nuevas. Facilitar y apoyar la conciliación al colectivo médico nunca será suficiente teniendo en cuenta el turbulento escenario en el que actualmente se encuentra la profesión.

Como novedad a destacar la inclusión del Servicio Telemático de Apoyo al Estudiante de Medicina (SAPEM), futuro médico y socio protector. Este colectivo presenta unas características muy específicas en cuanto a los factores de riesgo para su salud, ya presentes cuando comienza los estudios de grado. El compromiso de la profesión con el futuro médico a través de esta Fundación, junto con dos entidades colaboradoras en el Proyecto, como son el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), y la Fundación Mutual Médica (FMM), ha hecho posible crear este servicio cuya gestión recae directamente sobre la Fundación.

Por otra parte, y sin perder de vista los posibles coletazos del COVID-19, se ha decidido prorrogar las ayudas ya concedidas por esta causa, y vehiculizar cualquier otra necesidad hacia el Catálogo anual o mediante la activación de ayudas extraordinarias.

Este año, el mayor reto que se plantea es darlo a conocer a sus potenciales beneficiarios, el colectivo médico. Para esta tarea, el apoyo y colaboración de los colegios de médicos es clave, ya que son ellos quienes desde el trato cercano conocen, escuchan detectan y atienden sus demandas, entre ellas las de la protección social del colegiado y de su entorno personal.

Seguimos apostando por la colaboración y el trato personalizado entre todos los eslabones de la cadena protectora como pieza fundamental para que el Catálogo materialice su propósito final.

Tomás Cobo Castro *Presidente*







Miembros de la Junta de Patronos

La **Fundación para la Protección Social de la OMC** tiene como órgano superior de gobierno, administración y representación al Patronato (art. 16 Estatutos de la Fundación).

El Patronato que aprobó el actual Catálogo con fecha 15 de diciembre de 2022, estaba encabezado por los seis miembros de la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos que a su vez constituyen la Junta Rectora de la Fundación, y por el representante nacional de Médicos Jubilados. Además, también son Patronos de la Fundación los nueve miembros elegidos por y de entre los miembros que componen la Asamblea General del Consejo General de Colegios de Médicos.

- Dr. Tomás Cobo Castro
- Dra. María Isabel Moya García
- Dra. Manuela García Romero
- Dr. José M.ª Rodríguez Vicente
- Dra. M.ª Rosa Arroyo Castillo
- Dr. Enrique Guilabert Pérez
- Dr. Enrique Santos Pañero
- Dr. Francisco José Martínez Amo
- Dr. Luis Antuña Montes
- Dr. Carlos R. Arjona Mateos
- Dra. M.ª Concepción Villafánez García
- Dr. Carlos Molina Ortega
- Dr. Antonio Aguado Núñez-Cornejo
- Dr. Francisco Miralles Jiménez
- Dr. Francisco José del Riego Tomás
- Dr. Graciliano Estrada Trigueros

Presidente.

Vicepresidenta Primera.

Vicepresidenta Segunda.

Secretario.

Vicesecretaria.

Tesorero.

Vocal y Representante Nacional de Médicos Jubilados.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Almería.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Asturias.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

Presidenta del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cuenca.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Huelva.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Palencia.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Segovia.







Equipo Técnico

Gerencia

Teresa Echevarría Sáenz techevarria@cgcom.es

Dirección Técnica

Nina Mielgo Casado nmielgo@fpsomc.es

Técnico

fundacion@fpsomc.es

Coordinación de Administración

Belinda Álvarez Sáenz balvarez@fpsomc.es

Administración

Sandra Vidarte Ramos svidarte@fpsomc.es

Yesica Díaz Expósito ydiaz@fpsomc.es

Isabel Blasco Álvarez iblasco@fpsomc.es

La Fundación comparte con el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos los servicios de:

- Prensa y Comunicación.
- Unidad Tecnológica.
- Contabilidad-Económico Financiero.
- Ordenanzas.
- Otros servicios comunes.





Sede de la Fundación

C/ Cedaceros, 10 28014 MADRID

Tfno.: 91 431 77 80 - Ext. 3.

C. electrónico: fundacion@fpsomc.es

Web: www.fpsomc.es
Twitter: @fpsomc





INTRODUCCIÓN

La Fundación para la Protección Social de la OMC, de acuerdo a los objetivos recogidos en sus Estatutos, tiene por misión promover el ejercicio de la solidaridad y ayuda entre la población de médicos colegiados con el fin de atender y dar respuesta, complementariamente al sistema público, a las necesidades más inmediatas y básicas de protección social de estos profesionales y sus familias, a través de prestaciones, programas y servicios que les permitan afrontar de manera integral los posibles riesgos en materia social.

Para el desarrollo de esta finalidad, la Fundación tiene establecido y aprobado un Catálogo de Servicios, Ayudas y Prestaciones ordenadas según su naturaleza: Servicio de Atención Social, Prestaciones Asistenciales, Prestaciones para la Atención a la Dependencia y la Discapacidad, Prestaciones para la Atención a la Conciliación Personal, Familiar y Profesional, Prestaciones para la Prevención, Promoción y Protección de la Salud de Médico y para la Protección en el Ejercicio Profesional. En el propio Catálogo también se especifican los criterios de solicitud y acceso a cada una de ellas.

El buen desarrollo de la organización y del sistema de protección social hace necesario marcar unos objetivos específicos que la Fundación plantea y desarrolla de acuerdo con los siguientes principios y valores:

Principios:

- **Universalidad:** garantizar la protección de todos sus potenciales beneficiarios, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida.
- Integridad: ampliar la cobertura de protección social a todas las contingencias que se presenten en materia de atención social, salud, conciliación de la vida personal, familiar y laboral, y otras condiciones de vida.
- Unidad: permitir la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones, de forma complementaria entre los recursos disponibles de la Fundación y los recursos de titularidad pública.
- Participación: de todos los socios protectores y de los Colegios Oficiales de Médicos, a través de sus representantes, en la organización, gestión, control y fiscalización del programa de Protección Social de la Fundación.

Valores:

- **Solidaridad:** promover la ayuda entre el colectivo médico, la preocupación por el bienestar del otro entre las distintas generaciones que lo conforman y los colectivos objeto de su misión.
- **Igualdad:** determinar los recursos anuales disponibles y aplicar unos criterios que garanticen la igualdad en el acceso, los mismos para todos los casos.
- **Inclusión:** promover la autonomía de sus beneficiarios y ofrecer oportunidades de inclusión a través de las ayudas, prestaciones y programas adecuados y personalizados.









Criterios Generales

Todos los criterios generales que a continuación se describen sobre las ayudas y prestaciones contenidas en este Catálogo, emanan de la Misión, Valores y Principios de la Fundación.

- Las prestaciones que concede la Fundación (FPSOMC), están basadas en criterios complementarios de cualquier servicio, prestación o ayuda otorgados por los diferentes sistemas de protección social. Su carácter es finalista y se conceden de acuerdo con los requisitos establecidos para cada prestación en el Catálogo anual vigente.
- 2. La FPSOMC decidirá anualmente las prestaciones y ayudas a incluir en Catálogo, los requisitos de acceso y la cuantía de las mismas para cada supuesto establecido, ateniéndose para ello a las posibilidades económicas de la Fundación y a su viabilidad de futuro, siendo objeto de revisión anual. Al término de cada año, los beneficiarios de las mismas están obligados a realizar la correspondiente solicitud de prórroga.
- 3. Las ayudas se fundamentan en los principios y valores descritos anteriormente, por lo que para fijar su concesión y cuantía se establecen baremos de necesidad social y económica, así como topes máximos de ingresos de la unidad familiar sobre los que calcular el importe de la ayuda, y siempre y cuando el/la solicitante no disponga de recursos propios para cubrir la necesidad.
- 4. Varias de las ayudas establecidas están directamente relacionadas con la discapacidad o la dependencia y sus efectos sobre el deterioro de la salud y la necesidad de apoyo social. Tienen como finalidad disminuir el mayor coste económico que representa para la persona discapacitada o dependiente, así como para su familia, el hecho de la propia discapacidad o dependencia. También facilitar la permanencia en el hogar mediante la eliminación de barreras arquitectónicas y facilitar su autonomía.
- 5. Otros grupos de ayudas contenidas en el Catálogo son la dirigidas a paliar los gastos originados por las necesidades educativas que presentan los huérfanos de colegiados, las necesidades sobrevenidas por una situación de viudedad, las necesidades de conciliación de la vida personal, familiar y profesional y para prevenir, promover y proteger la salud del médico.
- 6. Ayudas destinadas a la protección en el ejercicio de la profesión, como es el Seguro de Defensa y Protección por Agresión en el puesto de trabajo.
- 7. La FPSOMC podrá otorgar ayudas por razones excepcionales y extraordinarias, y como excepción a los requisitos exigidos en el Catálogo anual vigente, en casos concretos y específicos, plenamente justificados y motivados por graves razones relacionadas con los fines de la FPSOMC, sin que tales decisiones sirvan de precedente.



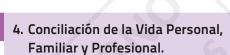


- 8. No se concederán ayudas económicas por un valor inferior a 10 €/mes o pago puntual.
- 9. La puerta de entrada a la Fundación y sus prestaciones son los Colegios Oficiales de Médicos. Para ello, está establecido un proceso de gestión de altas y bajas, siendo competencia de los Colegios la verificación e idoneidad del contenido documental aportado por el solicitante, de acuerdo a los requisitos de acceso exigidos para cada prestación.
 - Los impresos de solicitud a utilizar serán los que cada año están en vigor, debidamente cumplimentados y acompañados de toda la documentación exigida.
- 10. El acceso a las prestaciones o ayudas, en el caso de concederse, se producirá desde la fecha de entrada en la Fundación de la solicitud que dé origen al reconocimiento de la condición de beneficiario, junto con toda la documentación completa exigida, sin perjuicio de las excepciones estatutarias y de sus efectos económicos.
 - En el caso de que no se remita toda la documentación y esta sea reclamada, el plazo máximo para aportarla será de dos meses desde la fecha de recepción de la solicitud de la prestación en la Fundación, o desde la fecha del fallecimiento del socio protector si se tramita en los tres meses siguientes con toda la documentación completa. Transcurrido el plazo de dos meses y no habiéndose aportado la documentación reclamada, se procederá a la cancelación del trámite teniendo que realizar una nueva gestión como alta nueva de la prestación no abonándose atraso ninguno.
- 11. Todas las prestaciones se renovarán anualmente en el plazo indicado por la Fundación para la entrega de la documentación.
 - Transcurrido el plazo de dos meses y de no haberse aportado la documentación exigida, se procederá a la cancelación del trámite teniendo que realizar una nueva gestión como alta nueva de la prestación, no abonándose atraso ninguno.
- 12. El Catálogo de Prestaciones es un documento de vigencia anual, abierto a cualquier nuevo contenido o modificación que el Patronato de la Fundación acuerde incorporar en cualquier momento, y sujeto a la legislación fiscal vigente.





Servicios y Prestaciones



- Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- Atención en el Domicilio (SAD).
- Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Respiro del cuidador.
- Centro Residencial.
- Residencia Siglo XXI.
- Apoyo Familiar en el Hogar.
- Apoyo Familiar Escuelas o Campamentos de Verano.

1. Atención Social.

Servicio de Información, Valoración y Orientación Social.

2. Asistenciales.

Orfandad:

- Prórroga al cumplir 21 años.
- Beca para estudios oficiales.
- Expedición de título oficial.
- Huérfano con discapacidad. Viudedad.

- Menor de 21 años.

- Médico con discapacidad.
- Médico jubilado.
- Médico en formación en ILT -Educación Infantil (0-3 años).

la Salud del Médico.

- Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).
- Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones.
- Apoyo y Atención Psicológica.
- Servicio Telemático de Apoyo Psicológico a Estudiantes de Medicina (SAPEM).

3. Dependencia - Discapacidad.

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- Atención en el Domicilio (SAD).
- Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Respiro del cuidador.
- Convalecencia.
- Centro Residencial.
- Residencia Siglo XXI.
- Atención Temprana (0-6 años).
- Tratamientos Especiales (6-21 años).
- Autonomía Personal:
 - Adaptación del hogar.
 - Productos para el cuidado personal.
 - Adaptación de vehículo particular.
 - Adquisición de vehículo particular adaptado.
 - Ayuda para el uso de Transporte Adaptado.

6. Protección en el Ejercicio profesional.

 Defensa y Protección Jurídica por agresión en el puesto de trabajo.







Atención Social





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**

ATENCIÓN SOCIAL

- Nivel I: Atención e información telefónica.
- Nivel II: Atención, Valoración y Orientación presencial.
- Nivel III: Gestión del Caso.





Denominación: ATENCIÓN SOCIAL

Definición

Servicio de información, valoración y orientación social prestado por profesionales de la atención psicosocial, mediante una red integrada de puntos de atención que abarca todas las comunidades autónomas.

Tipología

Prestación técnica (servicio).

Colectivo destinatario

- Socios protectores.
- Cónyuges o parejas de hecho de Socios Protectores.
- Viudos/as de Socios Protectores.
- Actuales beneficiarios/as de la Fundación.
- Profesionales de los Colegios Oficiales de Médicos.

Funciones

- Información y asesoramiento en el ámbito social (menor, adolescencia, familia, mayores, discapacidad, dependencia, recursos sociales y empleo), psicológico (ansiedad, crisis emocionales y personales, insomnio, maltrato, superación de accidentes, duelo, trastornos mentales...), nutricional y consejo médico (aspectos preventivos, informativos y consejos de hábitos saludables), así como en el área jurídica y legal sobre la discapacidad y dependencia (pensiones, patrimonio protegido, tutelas y curatelas, accesibilidad...).
- Información sobre las prestaciones de la Fundación.
- Orientación y asesoramiento personalizado, sobre las actuaciones y recursos (públicos y/o privados) más apropiados a cada usuario y unidad familiar, para la cobertura de sus necesidades de Protección Social.
- Apoyo en las actuaciones específicas para favorecer el logro de los objetivos de la propuesta de orientación, en los casos que así se determine a fin de minimizar el riesgo de exclusión social.
- Elaborar y difundir información especializada sobre recursos públicos a los diferentes Colegios Oficiales de Médicos por medio de la Fundación, con el objeto de acercar la información a los colegiados y sus familias.

Aportación

Servicio gratuito.

Requisitos de acceso

Aportar datos de identificación al contactar con el servicio.

Solicitudes

T,Resuelve 900 22 21 21.

Compatibilidades

 Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.





Prestaciones asistenciales





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**

PRESTACIONES ASISTENCIALES

- Orfandad:
 - Menor de 21 años.
 - Prórroga al cumplir 21 años.
 - Beca para estudios oficiales.
 - Expedición de título oficial.
 - Huérfano con discapacidad.
- Viudedad.
- Médico con discapacidad.
- Médico jubilado.
- Médico en Formación en ILT Educación Infantil (0-3 años).



Denominación: ORFANDAD - Menor de 21 años

Definición

Ayuda destinada a contribuir en la cobertura de las necesidades básicas de la vida de huérfanos menores de 21 años de Socios Protectores e hijos menores de 21 años de Socios Protectores acogidos por la Fundación.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente hasta alcanzar la edad de 21 años.

Colectivo Destinatario

- Huérfanos/as de Socios Protectores menores de 21 años al fallecimiento del Socio Protector.
- Hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, menores de 21 años.

Aportación

Huérfanos/as de Socios Protectores:

- 387 €/mes para los huérfanos/as simples cuyo progenitor fallecido es el Socio Protector.
- 530 €/mes para los huérfanos/as absolutos, siendo sólo uno de los progenitores el Socio Protector.
- 1.059 €/mes para los huérfanos/as absolutos, siendo ambos progenitores los Socios Protectores

Hijos/as de Socios Protectores acogidos por la Fundación:

387 €/mes.

Criterios a tener en cuenta

En el caso de hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, si el Socio Protector pierde su condición de beneficiario de la Fundación, no se podrá solicitar esta prestación económica.

Documentación requerida

1ª Ayuda:

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Libro de familia.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.

Documentación específica para Huérfanos/as Simples de Socio Protector.

- NIF del progenitor no fallecido.
- Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Huérfanos/as Absolutos de Socio Protector:

- NIF del tutor o tutores legales y Sentencia de Tutela (Huérfanos menores de 18 años).
- Certificado de defunción de ambos progenitores.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor.
- En caso de separación o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación Legal o Divorcio.

Renovaciones de ayuda

Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Únicamente se percibirán atrasos devengados desde la fecha del fallecimiento del Socio Protector, cuando la prestación se solicite dentro de los 3 meses inmediatamente posteriores al fallecimiento del Socio Protector.

Compatibilidades

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD - MENOR DE 21 AÑOS.

Únicamente se percibirán atrasos devengados desde la fecha del fallecimiento del Socio Protector, cuando la prestación se solicite dentro de los 3 meses inmediatamente posteriores al fallecimiento del Socio Protector.

Datos dei colegiado/a:				
N° de colegiado/a:	N.I.F.:			
Nombre y apellidos:				
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:				
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:	Fecha de baja:	N	lotivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus aportaciones como socio protecto				
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendient				
Reclamación de la deuda: SÍ. Especifi				5
NO. Motivo	D:			
Firmac	do: El/La Secretario/a General,			
	,			
Datos del padre/madre o tutor del huérfano/a o hijo/a:				
Nombre y apellidos:				
•	Fecha de nacimiento:	7		
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:		Dies	C D
Dirección postal:				
Población:				
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	Correo Electro	ónico:		
3. 5.	2 46			
<u> </u>				
№ IBAN (huérfano/a o hijo/a) ES				
Los mayores de 21 años que se encuentren realizando estud	lios oficialos, doborán tambián sumn	limontaryon	vier al impress	do solisitud do bosa
para estudios oficiales.	ios oficiales, deberan también camp	iimentar y em	viur ei iiripreso	ue soncitua de beca
Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea co peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los absolutamente cierto.				
La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del trata y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las y de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. As información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividade Comunicación a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de la restación de facilitar los datos: los campos requeridos so del tratamiento. Criterios de conservación de los datos: sus datos pe legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acc derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectific la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamier 28014, Madrid o dpo@cgcom.es. La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregad	miento. Finalidad del tratamiento: los de prestaciones que ofrece la FPSOMC y que simismo, sus datos serán tratados para o se de la fundación, invitación a eventos etc e Médicos Provincial al que pertenezca co de los colegiados y a las Administracion en de cumplimentación obligatoria ya que ersonales se conservarán mientras perdur ciones legales derivadas de la finalidad y ración, portabilidad, supresión, limitación y nto no se ajusta a la normativa vigente.	atos aportados son remitidas p comunicarnos e c. Base de legiti n el fin de verifi res Públicas par resultan necesa e la relación cor del tratamiento y oposición, así	por Usted, de cuy por los solicitante electrónicamente limación: consent icar los extremos ra dar cumplimie nirios para poder c n el responsable, i o. Derechos que como a presentai	va exactitud, veracidad s y/o de los receptores con Usted para envial imiento del interesado no sus obligaciones rumplir con la finalidad os plazos establecidos asisten al Interesado r una reclamación ante
za i andación decidida a macienda las camudades entregad	as a sus beneficialities.			
Firmado en	, a de	de		
	Firma del/a solicitante			





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD - MENOR DE 21 AÑOS.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- NIF del progenitor no fallecido.
- NIF del tutor o tutores legales y Sentencia de Tutela (Huérfanos menores de 18 años).
- Libro de familia.
- Certificado de defunción del Socio Protector o Socios Protectores.
- Certificado de defunción del segundo progenitor en caso de que sólo uno de los progenitores fallecidos sea el Socio Protector.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.





Denominación: ORFANDAD - Prórroga al cumplir 21 años

Definición

Ayuda destinada a prorrogar la prestación económica de *Orfandad – Menor de 21 años* por razones de estudio, asegurándose así la continuidad de la ayuda hasta finalizar los estudios del curso académico en el que se alcanzan los 21 años.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual no renovable anualmente, que se concederá hasta la finalización del curso escolar (junio).

Colectivo Destinatario

- Huérfanos/as de Socios Protectores que hayan agotado la prestación económica de Orfandad – Menor de 21 años por alcanzar dicha edad, pero que ésta haya sido alcanzada durante el desarrollo del curso escolar, estando éste sin finalizar.
- Hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, que hayan agotado la prestación económica de Orfandad – Menor de 21 años por alcanzar dicha edad, pero que ésta haya sido alcanzada durante el desarrollo del curso escolar, estando éste sin finalizar.

Aportación

Huérfanos/as de Socios Protectores:

- **387 €/mes** para los huérfanos/as simples cuyo progenitor fallecido es el Socio Protector.
- 530 €/mes para los huérfanos/as absolutos, siendo sólo uno de los progenitores el Socio Protector.
- 1.059 €/mes para los huérfanos/as absolutos, siendo ambos progenitores los Socios Protectores.

Hijos/as de Socios Protectores acogidos por la Fundación:

387 €/mes.

Otros requisitos de acceso

Estar matriculado de un curso completo o su equivalente en créditos (60 créditos), en estudios oficialmente reconocidos de: Educación Secundaria Obligatoria en Centros de Educación de Personas Adultas (CEPA), Bachiller, Ciclo Formativo de Grado Medio o Superior, Grado Universitario y/o Máster Universitario.

Criterios a tener en cuenta

En el caso de hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, si el Socio Protector pierde su condición de beneficiario de la Fundación, no se podrá solicitar esta prestación económica.

Documentación requerida

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Fotocopia de la matricula firmada y sellada por el centro educativo, donde consten los estudios oficiales en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos.
- Si se cursan estudios oficiales en el extranjero, se deberá aportar fotocopia de la matrícula firmada y sellada por el centro educativo, o en su defecto un certificado firmado y sellado por el centro educativo, donde consten los estudios en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos matriculados, traducido oficialmente al castellano.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.

Solicitudes

- Plazo: desde el 1 de enero hasta el 30 de junio.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidades

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD - PRÓRROGA AL CUMPLIR 21 AÑOS.

Surtirá efecto desde el mes posterior al cumplir los 21 años hasta el 30 de junio. (Cumplimentar Datos del colegiado/a, **sólo** en nuevas altas aportando la documentación Orfandad - Menor 21 años).

Solicitud por el Colegio Oficial	de Médicos de:			
Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Firmado: El/La Secretario/a Ge	neral,			
Datos del beneficiario/a:				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:				
Dirección postal:				Piso: C.P
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Ele	ctrónico:	2, //
N° IBAN ES				
Interesado y le informa de los siguie y validez usted mismo responde, sei de las ayudas, para la consecución información de la fundación que puo Comunicación a terceros: sus datos la prestación concreta y de gestion fiscales. Obligación de facilitar los del tratamiento. Criterios de consen legalmente y, en todo caso, mientro derecho a retirar el consentimiento de la Autoridad de control (www.aepd. 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.	ocial de la Organización Médica Colegial (e entes contenidos acerca del tratamiento. Fin rán utilizados para gestionar las prestacione de los fines de la Fundación. Asimismo, so diera ser de su interés: actividades de la fun serán comunicados al Colegio de Médicos la ra las solicitudes de prestación de los cole datos: los campos requeridos son de cumpi vación de los datos: sus datos personales s as no prescriban las posibles acciones lega en todo momento, acceso, rectificación, port es) si considera que el tratamiento no se d nda las cantidades entregadas a sus	nalidad del tratamiento: los des que ofrece la FPSOMC y que so serán tratados para dación, invitación a eventos e Provincial al que pertenezca o giados y a las Administracio imentación obligatoria ya que e conservarán mientras perdules derivadas de la finalidad abilidad, supresión, limitación justa a la normativa vigente	datos aportados per son remitidas per comunicarnos el teta. Base de legition el fin de verificanes Públicas para e resultan necesar ure la relación con y del tratamiento ny oposición, así con el resolución, así con y oposición, a oposición y oposición, a oposición y oposición	por Usted, de cuya exactitud, veracidad or los solicitantes y/o de los receptores lectrónicamente con Usted para enviar mación: consentimiento del interesado. car los extremos necesarios para recibir a dar cumplimiento a sus obligaciones irios para poder cumplir con la finalidad el responsable, los plazos establecidos o. Derechos que asisten al Interesado: como a presentar una reclamación ante
Ed Falladeloli decidi di di Fidele	ma las camadades emiregadas a sus	beneneianos.		
Fire		, a de l/a solicitante,	de	

Documentación a entregar - Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Fotocopia de la matricula firmada y sellada por el centro educativo, donde consten los estudios oficiales en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos.
- Si se cursan estudios oficiales en el extranjero, se deberá aportar fotocopia de la matrícula firmada y sellada por el centro educativo, o en su defecto un certificado firmado y sellado por el centro educativo, donde consten los estudios en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos matriculados, traducido oficialmente al castellano.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.



Denominación: ORFANDAD - Beca para estudios oficiales

Definición

Ayuda destinada a becar la realización de estudios oficiales de Bachiller, Ciclo Formativo de Grado Medio o Superior, Grado Universitario, y/o Máster Universitario. Con carácter general, se becarán un máximo de 3 cursos académicos, salvo en los casos de Estudios Universitarios de Doble Grado y Grados de 6 años, para los que se becarán un máximo de 4 cursos académicos.

Tipología

Prestación económica de pago único con una duración máxima y hasta tres o cuatro cursos académicos, según proceda.

Colectivo Destinatario

- Huérfanos/as de Socios Protectores mayores de 21 años.
- Hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, mayores de 21 años.

Aportación

Huérfanos/as Simples de Socio Protector e Hijos/ as de Socios Protectores acogidos por la Fundación:

- **3.830** € (curso escolar 2022-2023 y curso escolar 2023-2024) para estudios universitarios de Grado y/o Máster Universitario.
- **3.399 (**curso escolar 2022-2023 y curso escolar 2023-2024) para estudios oficiales de Ciclo Formativo de Grado Superior.
- 2.978 € (curso escolar 2022-2023 y curso escolar 2023-2024) para estudios oficiales de Bachiller y/o Ciclo Formativo de Grado Medio.

Huérfanos/as Absolutos de Socio Protector:

- 4.668 € (curso escolar 2022-2023 y curso escolar 2023-2024) cuando sólo uno de los progenitores fallecidos era el Socio Protector.
- 8.926 € (curso escolar 2022-2023 y curso escolar 2023-2024) cuando ambos progenitores fallecidos eran Socios Protectores.

Otros Requisitos de acceso

- 1ª Beca. Estar matriculado de un curso completo o su equivalente en créditos (60 créditos).
- 2ª y sucesivas. Además de cumplir el requisito estipulado para la 1ª Beca, se deberán haber aprobado, al menos, el 50 % de los créditos del curso anterior.

Criterios a tener en cuenta

 En el caso de hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, si el Socio Protector pierde su condición de beneficiario de la Fundación, no se podrá solicitar esta prestación económica. Para todos los casos, cuando una de las becas coincida con el último curso académico y para su finalización el alumno/a se encuentre matriculado en un número de créditos inferior a 60, la prestación se concederá proporcionalmente.

Documentación requerida

1ª Beca.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Fotocopia de la matricula firmada y sellada por el centro educativo, donde consten los estudios oficiales en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos.
- Si se cursan estudios oficiales en el extranjero, se deberá aportar fotocopia de la matrícula firmada y sellada por el centro educativo, o en su defecto un certificado firmado y sellado por el centro educativo, donde consten los estudios en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos, traducido oficialmente al castellano.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.

2ª Beca y sucesivas.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Expediente académico con las calificaciones del curso anterior.
- Fotocopia de la matricula firmada y sellada por el centro educativo, donde consten los estudios oficiales en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos.
- Si se cursan estudios oficiales en el extranjero, se deberá aportar fotocopia de la matrícula firmada y sellada por el centro educativo, o en su defecto un certificado firmado y sellado por el centro educativo, donde consten los estudios en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos, traducido oficialmente al castellano.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.

Solicitudes

- Plazo: desde el 1 de septiembre al 31 de mayo.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidades

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD – BECA PARA ESTUDIOS OFICIALES.

(Cumplimentar Datos del colegiado/a, sólo en nuevas altas aportando la documentación Orfandad - Menor 21 años).

Solicitud por el Colegio Oficial de Médicos de:				
Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Firmado: El/La Secretario/a General,				
Datos del beneficiario/a:				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimie	nto:	
Dirección postal:			N°:	Piso: C.P.
Población:				
Provincia:				(0)
Teléfonos de contacto: Fijo:			Electrónico:	75 /
N° IBAN ES				
Datos de estudios: Nombre de los estudios matriculados:		Comparatual	0/	
Curso académico:		Curso actual:		
Créditos matriculados: Solicita que, previo los trámites reglamentari peticionario acepta, sin derecho a ulterior rec	ios, le sea concedida la a		Por el mero hech	no de suscribir esta propuesta, el
absolutamente cierto. La Fundación para la Protección Social de la Organi. Interesado y le informa de los siguientes contenidos a validez usted mismo responde, serán utilizados para g las ayudas, para la consecución de los fines de la Funda de la fundación que pudiera ser de su interés: activida a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio a concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de facilitar los datos: los campos requeridos son de cum, de conservación de los datos: sus datos personales se mientras no prescriban las posibles acciones legales de en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, se si considera que el tratamiento no se ajusta a la norma. La Fundación declarará a Hacienda las cantida.	cerca del tratamiento. Finalida gestionar las prestaciones que ación. Asimismo, sus datos sera des de la fundación, invitación le Médicos Provincial al que po los colegiados y a las Adminis plimentación obligatoria ya que e conservarán mientras perdur erivadas de la finalidad y del tra upresión, limitación y oposición ntiva vigente. Datos para ejerca	nd del tratamiento: los ofrece la FPSOMC y quin tratados para comur a eventos etc. Base de traciones Públicas parce e resultan necesarios pe la relación con el respatamiento. Derechos qui así como a presentar er sus derechos: calle C	s datos aportados pu ue son remitidas por nicarnos electrónican e legitimación: conse e verificar los extrem a dar cumplimiento a para poder cumplir co ponsable, los plazos s ue asisten al Interes una reclamación ant	or Usted, de cuya exactitud, veracidad y los solicitantes y/o de los receptores de nente con Usted para enviar información ntimiento del interesado. Comunicación os necesarios para recibir la prestación de sus obligaciones fiscales. Obligación de on la finalidad del tratamiento. Criterios establecidos legalmente y, en todo caso, rado: derecho a retirar el consentimiento e la Autoridad de control (www.aepd.es,
Firmado on	, a _	do	do	
i iiiiadu eli	, م		ue	

Documentación a entregar – Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Fotocopia de la matricula firmada y sellada por el centro educativo, donde consten los estudios oficiales en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos.
- Si se cursan estudios oficiales en el extranjero, se deberá aportar fotocopia de la matrícula firmada y sellada por el centro educativo, o en su defecto un certificado firmado y sellado por el centro educativo, donde consten los estudios en los que se encuentra matriculado, el curso escolar y el número total de créditos, traducido oficialmente al castellano.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.

Además, para 2ª beca y sucesivas:

• Expediente académico con las calificaciones del curso anterior.





Denominación ORFANDAD - Expedición de título oficial

Definición

Ayuda destinada a cubrir los gastos originados por la expedición del título oficial correspondiente a los estudios realizados en un Ciclo Formativo de Grado Medio o Superior, Grado Universitario, y/o Máster Universitario.

La ayuda sólo podrá ser solicitada para un único Título Oficial, salvo cuando se haya cursado un doble grado.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y pago único.

Colectivo Destinatario

- Huérfanos/as de Socios Protectores mayores de 21 años.
- Hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, mayores de 21 años.

Aportación

Reintegro de la cantidad económica correspondiente a la expedición del título oficial.

Criterios a tener en cuenta

En el caso de hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, si el Socio Protector pierde su condición de beneficiario de la Fundación, no se podrá solicitar esta prestación económica.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Certificado firmado y sellado por el centro educativo en el que consten los estudios cursados y el importe abonado por la expedición del título oficial.
- Si se han cursado estudios oficiales en el extranjero, se deberá aportar certificado firmado y sellado por el centro educativo que consten los estudios cursados y el importe abonado por la expedición del título oficial, traducido oficialmente al castellano.
- Justificante de pago de los gastos de la expedición del título oficial.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.

Solicitudes

- Plazo: en el mismo año o al siguiente de haber finalizado los estudios.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidades

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.







SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD - EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL.

(Cumplimentar Datos del colegiado/a, sólo en nuevas altas aportando la documentación Orfandad - Menor 21 años).

Solicitud por el Colegio Oficial de Médicos de	e:			
Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Firmado: El/La Secretario/a General,				
Datos del beneficiario/a:				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de naci	miento:	
Dirección postal:			N°:	Piso: C.P
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Cor	reo Electrónico:	0.
N° IBAN ES				2
Datos de estudios:				
Nombre de los estudios matriculados:			. 0.	
Fecha de solicitud del título oficial:				
Importe abonado:			9. /	
·				
Solicita que, previo los trámites reglamenta	arios, le sea concedida l	a ayuda gue proce	eda. Por el mero hech	ho de suscribir esta propuesta, e
peticionario acepta, sin derecho a ulterior re absolutamente cierto.				
La Fundación para la Protección Social de la Orga	nización Médica Colegial (er	n adelante. "FPSOMC"	"), es el Responsable del :	tratamiento de los datos personales de
Interesado y le informa de los siguientes contenido	s acerca del tratamiento. Fir	nalidad del tratamier	nto: los datos aportados	por Usted, de cuya exactitud, veracidad
y validez usted mismo responde, serán utilizados po de las ayudas, para la consecución de los fines de				
información de la fundación que pudiera ser de su i				
Comunicación a terceros: sus datos serán comunic				
la prestación concreta y de gestionar las solicitude fiscales. Obligación de facilitar los datos: los camp				
del tratamiento. Criterios de conservación de los de				
legalmente y, en todo caso, mientras no prescribar derecho a retirar el consentimiento en todo momen				
la Autoridad de control (www.aepd.es) si considero 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.				
La Fundación declarará a Hacienda las cantid	dades entregadas a sus l	beneficiarios.		
Firmado en		, a de	de	
	Firma del	l/a solicitante,		

Documentación a entregar – Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Certificado firmado y sellado por el centro educativo en el que consten los estudios cursados y el importe abonado por la expedición del título oficial.
- Si se han cursado estudios oficiales en el extranjero, se deberá aportar certificado firmado y sellado por el centro educativo que consten los estudios cursados y el importe abonado por la expedición del título oficial, traducido oficialmente al castellano.
- Justificante de pago de los gastos de la expedición del título oficial.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona beneficiaria de la prestación.





Denominación: ORFANDAD - Huérfano con discapacidad

Definición

Ayuda destinada a contribuir en la atención de las necesidades básicas de la vida de huérfanos con discapacidad de Socios Protectores e hijos con discapacidad de Socios Protectores acogidos por la Fundación.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

- Huérfanos/as de Socios Protectores con discapacidad oficialmente reconocida en, al menos, un 65 % con anterioridad al fallecimiento del Socio Protector.
- Hijos/as con discapacidad oficialmente reconocida en, al menos, un 65 %, de Socios Protectores jubilados o con discapacidad, estando estos acogidos por la Fundación.

Aportación

Hasta 576 €/mes.

Otros requisitos de acceso

Con carácter general:

 El Socio Protector deberá haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Huérfanos/as Simples de Socio Protector:

- Haber convivido, salvo por razones derivadas de su discapacidad y/o por la separación o divorcio de los progenitores, siempre que continúe conviviendo con el otro progenitor, y dependido económicamente, de forma ininterrumpida, del Socio Protector hasta su fallecimiento, manteniéndose en la actualidad el criterio de vulnerabilidad económica.
- Disponer de una Renta Per Cápita anual en la Unidad Familiar Computable inferior a 18.117 €/año.

Huérfanos/as Absolutos de Socio Protector:

- Haber convivido, salvo por razones derivadas de su discapacidad y/o por la separación o divorcio de los progenitores, siempre que continúe conviviendo con el otro progenitor, y dependido económicamente, de forma ininterrumpida, del Socio Protector hasta su fallecimiento, manteniéndose en la actualidad el criterio de vulnerabilidad económica.
- Disponer de una Renta Per Cápita anual en la Unidad Familiar Computable inferior a 40.352 €/año.

Hijos/as de Socios Protectores acogidos por la Fundación:

- Convivir, salvo por razones derivadas de su discapacidad y/o por la separación o divorcio de los progenitores, siempre que continúe conviviendo con el otro progenitor, y depender económicamente del Socio Protector.
- Disponer de una Renta Per Cápita anual en la Unidad Familiar Computable inferior a 18.117 €/año.

Criterios a tener en cuenta

En el caso de hijos/as de Socios Protectores jubilados o con discapacidad acogidos por la Fundación, si el Socio Protector pierde su condición de beneficiario de la Fundación, no se podrá solicitar esta prestación económica.

Documentación requerida

1° Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Si el huérfano/a o hijo/a del Socio Protector, según proceda, se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad del huérfano/a o hijo/a del Socio Protector, según proceda.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.



Denominación: ORFANDAD - Huérfano con discapacidad

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.
- Si el huérfano/a tuviese reconocido una situación de dependencia en Grado III, Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.

Documentación específica para Huérfanos/as Simples de Socio Protector:

- NIF del progenitor no fallecido.
- Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Huérfanos/as Absolutos de Socio Protector:

• Certificado de defunción de ambos progenitores.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor.
- En caso de separación o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación Legal o Divorcio.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Únicamente se percibirán atrasos devengados desde la fecha del fallecimiento del Socio Protector, cuando la prestación se solicite dentro de los 3 meses inmediatamente posteriores al fallecimiento del Socio Protector.

Compatibilidades

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.







SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD – HUÉRFANO CON DISCAPACIDAD.

Únicamente se percibirán atrasos devengados desde la fecha del fallecimiento del Socio Protector, cuando la prestación se solicite dentro de los 3 meses inmediatamente posteriores al fallecimiento del Socio Protector.

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial de					
Situación colegial como socio protector: F	echa de alta:	Fecha de baja:		Motivo de la ba	ija:
Estar al corriente de sus aportaciones con	mo socio protector: Sĺ	ĺ□ NO□ (marcar lo que pro	oceda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las apor	rtaciones pendientes: _				
Reclamación de la	deuda: SÍ. Especificar la	reclamación:			
					9 /
	NO. Motivo:				
	Firmado: El	/La Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a:					
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:			N°:	Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electró	inico:		
N° IBAN ES					
Datos del tutor/a (en caso de incapacidado Nombre y apellidos:		0'/			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:					
Población:					
Teléfonos de contacto: Fijo:					
Solicita que, previo los trámites reglame peticionario acepta, sin derecho a ulterio					
absolutamente cierto.	or recialitation, los acue	erdos que para resolveria adop	ia i uliua	icion, y deciara	que lo expuesto e
La Fundación para la Protección Social de la O Interesado y le informa de los siguientes content y validez usted mismo responde, serán utilizado de las ayudas, para la consecución de los fines información de la fundación que pudiera ser de Comunicación a terceros: sus datos serán comula prestación concreta y de gestionar las solicifiscales. Obligación de facilitar los datos: los codel tratamiento. Criterios de conservación de lo legalmente y, en todo caso, mientras no prescrida Autoridad de control (www.aepd.es) si considerado de 100 decembros. La Fundación declarará a Hacienda las calentas de las	nidos acerca del tratamientos para gestionar las presta se de la Fundación. Asimism su interés: actividades de la funicados al Colegio de Méditudes de prestación de los ampos requeridos son de cuas datos: sus datos persona iban las posibles acciones mento, acceso, rectificación, dera que el tratamiento no intidades entregadas a su intidades entregadas entregada	o. Finalidad del tratamiento: los da ciones que ofrece la FPSOMC y que so, sus datos serán tratados para ca a fundación, invitación a eventos etc cos Provincial al que pertenezca cor colegiados y a las Administracione umplimentación obligatoria ya que r les se conservarán mientras perdure legales derivadas de la finalidad y portabilidad, supresión, limitación y se ajusta a la normativa vigente. I	ntos aportado. son remitidas omunicarnos : Base de legi n el fin de veri ses Públicas po esultan neces e la relación co del tratamien o oposición, as Datos para e,	s por Usted, de cu por los solicitant electrónicamente itimación: consen ficar los extremos ara dar cumplimi sarios para poder on el responsable, to. Derechos que í como a present iercer sus derech	nya exactitud, veracidad es y/o de los receptore. e con Usted para envia timiento del interesado o necesarios para recibi ento a sus obligacione. cumplir con la finalidad los plazos establecido e asisten al Interesado ar una reclamación anti
Firmado en _		, a de	de		
		a del/a solicitante,			





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – ORFANDAD – HUÉRFANO CON DISCAPACIDAD.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del huérfano/a.
- NIF del hijo/a.
- NIF del progenitor no fallecido.
- En caso de separación o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación Legal o Divorcio.
- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Si anteriormente han percibido la prestación económica de Orfandad-Menor de 21 años, no será necesario aportar el Libro de Familia ni el documento anexo, en caso de proceder, salvo que se hayan dado variaciones en la composición de la UFC.

- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición
- Certificado de defunción del Socio Protector o de ambos progenitores.
- Si el huérfano/a o hijo/a del Socio Protector, según proceda, se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad del huérfano/a o hijo/a del Socio Protector, según proceda.
- Si el huérfano/a tuviese reconocido una situación de dependencia en Grado III, Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.





Denominación: VIUDEDAD

Definición

Ayuda destinada a compensar la carencia de ingresos económicos como consecuencia del fallecimiento del Socio Protector.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo destinatario

Viudos/as o parejas de hecho de Socios Protectores.

Aportación

Hasta 1.161 €/mes.

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita anual en la Unidad Familiar Computable inferior a 13.932 €/año.
- El socio Protector deberá haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Certificado de defunción del Socio Protector.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC

obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.

 Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores fallecidos:

Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Documentación acreditativa de ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Únicamente se percibirán atrasos devengados desde la fecha del fallecimiento del Socio Protector, cuando la prestación se solicite dentro de los 3 meses inmediatamente posteriores al fallecimiento del Socio Protector.

Compatibilidades

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – VIUDEDAD.

Únicamente se percibirán atrasos devengados desde la fecha del fallecimiento del Socio Protector, cuando la prestación se solicite dentro de los 3 meses inmediatamente posteriores al fallecimiento del Socio Protector.

N. H. F.: Nombre y apellidos:	Datos del colegiado/a:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de: Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:	N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:	Nombre y apellidos:					
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:						
Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector: SÍ NO (marcar lo que proceda) Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes: Reclamación de la deuda: SÍ. Específicar la reclamación: NO. Motivo: Firmado: El/La Secretario/a General, NO-mobre y apellidos: NLF: Provincia: Nª IBAN ES Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal): Nombre y apellidos: NLF: Provincia: Nª: Piso: C.P. Población: Provincia: Nª: Piso: C.P. Población: Provincia: Reclamación: Provincia: Pr						
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes: Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la reclamación: NO. Motivo: Firmado: El/La Secretario/a General, Nombre y apellidos: N.L.F.: Dirección postal: Pediación: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Mévil: Correo Electrónico: Nº IBAN ES Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal): Nombre y apellidos: N.L.F.: Pediación: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Dirección postal: Provincia: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Nº Piso: C.P. Plso: C.P. Población: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico: Nº: Piso: C.P. Población: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Orreo Electrónico: Solicita que, previo los trâmites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, e peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto e absolutamente cierto. La Fundación por la Protección Social de la Organización Médico Colegia (en adelante. *FPSOMC*), e sel Responsable del tratamiento de los datos personales de Interesado y le informa de los siguientes contenidos acexa del tratamiento. Finalidad del tratamiento las datos aportados por Usted, de cuya acentulu, veracida interesado y le informa de los siguientes contenidos acexa del tratamiento. Finalidad del tratamiento las datos aportados por Usted, de cuya acentulu, veracida interesado y le informa de los siguientes scontenidos acexa del tratamiento a finados serán tratados por acomunicamos esterán comunicamos esterán comunicamos esterán comunicamos esterán de los finados control tratamiento a finados por micros portes esterán consentimiento del interesad. Comunicación a terceros sus datos esterán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertamiento con el fin de verificar los extremos necesarios pora recide la tratamiento a peracito	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				lotivo de la ba	ja:
Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la reclamación: NO. Motivo:	·	·				
NO. Motivo: Firmado: EI/La Secretario/a General, Provincia:						6
Patos del beneficiario/a: Nombre y apellidos: N.I.F.: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico: Nº IBAN ES Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal): Nombre y apellidos: N.I.F.: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia:	Reclamación de la	deuda: SI. Especificar la	reclamación:			
Patos del beneficiario/a: Nombre y apellidos: N.L.F.: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico: Nº IBAN ES Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal): Nombre y apellidos: N.L.F.: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico: Nº IBAN ES Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal): Nombre y apellidos: N.L.F.: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico: Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, e peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto e absolutamente cierto. La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsoble del tratamiento de los dotos personoles del tratamiento de los giuentes contenidos acerca del tratamiento, Finalidad del tratamiento los dotos aportados por Usted, de cuye exactitud, veracido y validaz usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que oprace a propieto el fundación que pudien ser de su interés actividades de la fundación, invitación a eventos eta legitimación: consentimiento del interesodo le fundación que pudien ser de su interés actividades de la fundación, invitación a eventos eta elegitimación: consentimiento del interesodo (comunicados a terceros sus datos es perio sones requendos son de cumplimentación do lique pertenes por portenidas para o consecución de los efinos es de la fundación, invitación a eventos eta elegitimación: consentimiento a la produción elegidados y a los Administraciones Públicas para a cumplimiento a sus obligacione fiscales Obligaciones para peder cumplimiento a sus obligaciones fiscales Obligación de los lifitas de datos los compos requendos son de cumplimentación do lique per		NO Motivo:			•. (
Datos del beneficiario/a: Nombre y apellidos: Ne". Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico: N° IBAN ES. Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal): Nombre y apellidos: NLI.F.: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico: Provincia: P						
Nombre y apellidos:		i iiiiddo. Lii i	La Secretario/a derierai,			
Nombre y apellidos:						
Nombre y apellidos:	Datos del beneficiario/a:					
N.I.F.:						
Dirección postal:	, ,		Fecha de nacimiento):		
Población: Provincia: Correo Electrónico: Móvil: Piso: C.P. Piso: C.P. Población: Provincia: Provincia: Provincia: Correo Electrónico: Móvil: Movil: Movil						
Teléfonos de contacto: Fijo:						
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal): Nombre y apellidos: N.I.F.: Fecha de nacimiento: Dirección postal: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil: Correo Electrónico: Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, e peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto e absolutamente cierto. La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales de Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerco del tratamiento. Finalidad del tratamiento: los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracida y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la PFSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicamos por los solicitantes y/o de los preceptore de las quidas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicamos electrónicamente con Usted para envia (información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. Base de legitimación: consentimiento del interesado Comunicación a terceros sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial ol que perteneza con el fin de verificar los extremos necesarios para recib la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los Colegiodos y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fecilitar los datos is os compos requeidos son de cumplimentación obligación de fecilitar los datos (so compos requeidos son de cumplimento abligación de fecilitar los datos (so compos requeidos son de cumplimento abligación de fecilitar los datos (so compos requeidos son de cumplimento abligación de fecilitar los datos						
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal): Nombre y apellidos: N.I.F.: Fecha de nacimiento: Nº: Piso: C.P. Dirección postal: Nº: Piso: C.P. Población: Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo: Mówil: Correo Electrónico: Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, e peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cierto. La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales de Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. Finalidad del tratamiento los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, verocida y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptore de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para envia información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. Base de legitimación: consentimiento del interesado (Comunicación a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que perteneza con el fin de verificar los extremos necesarios para recibi la prestación de la festiva de gestionar los solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligacione fiscales. Obligación de facilitar los datos ios campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que resultan necesarios para para poder cumplir con la finalida del tratamiento. Criterios de conservación de los datos sus datos personales se conservarán minentras perdure la relación con el responsable, los plazos establecido legalmente y, en todo caso, mientras no prese			0 /			
Provincia: Teléfonos de contacto: Fijo:	Nombre y apellidos:		Forba do pacimiento			
Población:	N.I.F.:		Fecha de nacimiento			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Pohlación:					
Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, e peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cierto. La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales de Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. Finalidad del tratamiento: los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracida y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptore de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para envia información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. Base de legitimación: consentimiento del interesade Comunicación a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recib. la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligacione fiscales. Obligación de facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplimentación obligatorio ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalida del tratamiento. Criterios de conservación de los datos: sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecido legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. Derechos que asisten al Interesad derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición						
peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cierto. La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales de Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. Finalidad del tratamiento: los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracida y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptore de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para envia información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. Base de legitimación: consentimiento del interesado Comunicación a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibi la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligación del tratamiento. Criterios de conservación de los datos: sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecido legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. Derechos que asisten al Interesado derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ant la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos para ejercer sus derechos: calle Cedaceros 10 28014, Madrid o dpo@cgcom.es. La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus ben						
Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. Finalidad del tratamiento: los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidas y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptore de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para envia información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. Base de legitimación: consentimiento del interesado Comunicación a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recib. la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligacione fiscales. Obligación de facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. Criterios de conservación de los datos: sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecido legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. Derechos que asisten al Interesado derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ant la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos para ejercer sus derechos: calle Cedaceros 10 28014, Madrid o dpo@cgcom.es. La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.	peticionario acepta, sin derecho a ulteri					
	Interesado y le informa de los siguientes conte y validez usted mismo responde, serán utilizad de las ayudas, para la consecución de los fine información de la fundación que pudiera ser de Comunicación a terceros: sus datos serán con la prestación concreta y de gestionar las solic fiscales. Obligación de facilitar los datos: los c del tratamiento. Criterios de conservación de la legalmente y, en todo caso, mientras no preso derecho a retirar el consentimiento en todo mo la Autoridad de control (www.aepd.es) si cons 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.	enidos acerca del tratamiento. dos para gestionar las prestaci es de la Fundación. Asimismo e su interés: actividades de la nunicados al Colegio de Médic citudes de prestación de los de campos requeridos son de cui los datos: sus datos personale criban las posibles acciones la mento, acceso, rectificación, p sidera que el tratamiento no s	a. Finalidad del tratamiento: los ciones que ofrece la FPSOMC y quo, sus datos serán tratados para fundación, invitación a eventos e cos Provincial al que pertenezca colegiados y a las Administracion mplimentación obligatoria ya que es se conservarán mientras perduegales derivadas de la finalidad portabilidad, supresión, limitación se ajusta a la normativa vigente	datos aportados ve son remitidas p comunicarnos e tc. Base de legifi on el fin de verifi nes Públicas par ve resultan necesa ure la relación cor y del tratamiento o y oposición, así	por Usted, de cu nor los solicitanto lectrónicamente mación: consen car los extremos a dar cumplimie rios para poder o el responsable, o. Derechos que como a presento	nya exactitud, veracida es y/o de los receptore e con Usted para envio timiento del interesad e necesarios para recib ento a sus obligacione cumplir con la finalida los plazos establecida e asisten al Interesad er una reclamación anti
	Firmado en ₋			de		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – VIUDEDAD.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.
- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.
- Certificado de defunción del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.



Denominación: MÉDICO CON DISCAPACIDAD

Definición

Ayuda destinada a compensar la carencia de ingresos económicos como consecuencia de la situación de discapacidad.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores con discapacidad oficialmente reconocida en, al menos, un 65 %.

Aportación

Hasta 1.437 €/mes.

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita anual en la Unidad Familiar Computable inferior a 17.244 €/año.
- El Socio Protector deberá haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer

la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.

 Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.
- Si el Socio Protector tuviese reconocido una situación de dependencia en Grado III, Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidades





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – MÉDICO CON DISCAPACIDAD.

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial de M					
Situación colegial como socio protector: Fe				Motivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus aportaciones com	•				
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aporta					5
Reclamación de la de	auda: SI. Especificar la rec	clamación:			3 /
	NO. Motivo:			190	
		Secretario/a General,			
		Seeretano, a Serie, an,			
Datos del beneficiario/a (socio protector):					
Nombre y apellidos:		. 12 . 0			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:			Nº:	Piso:	C.P
Población:		_ Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electrónic	:0:		
N° IBAN ES					
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad l Nombre y apellidos:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:					
Población:					
Teléfonos de contacto: Fijo:		Correo Electrónic			
	37				
Solicita que, previo los trámites reglamen peticionario acepta, sin derecho a ulterior absolutamente cierto.					
La Fundación para la Protección Social de la Org Interesado y le informa de los siguientes contenio y validez usted mismo responde, serán utilizados de las ayudas, para la consecución de los fines de información de la fundación que pudiera ser de su Comunicación a terceros: sus datos serán comun la prestación concreta y de gestionar las solicitu fiscales. Obligación de facilitar los datos: los can del tratamiento. Criterios de conservación de los legalmente y, en todo caso, mientras no prescrib derecho a retirar el consentimiento en todo mome la Autoridad de control (www.aepd.es) si conside 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.	dos acerca del tratamiento. Filipara gestionar las prestacion de la Fundación. Asimismo, su interés: actividades de la funicados al Colegio de Médicos des de prestación de los colenpos requeridos son de cump. datos: sus datos personales san las posibles acciones leganto, acceso, rectificación, por estacion de cump.	inalidad del tratamiento: los datos les que ofrece la FPSOMC y que son us datos serán tratados para com indación, invitación a eventos etc. Bo Provincial al que pertenezca con el egiados y a las Administraciones F limentación obligatoria ya que resu se conservarán mientras perdure la fales derivadas de la finalidad y del tabilidad, supresión, limitación y op	aportados remitidas unicarnos ase de legi fin de verij Públicas pa altan neces relación co tratamien osición, as	s por Usted, de cuy, por los solicitante. electrónicamente timación: consenti ficar los extremos la rar dar cumplimier arios para poder con el responsable, la to. Derechos que como a presentar	ra exactitud, veracidad is y/o de los receptores con Usted para enviar miento del interesado. necesarios para recibir nto a sus obligaciones numplir con la finalidad os plazos establecidos asisten al Interesado: una reclamación ante
La Fundación declarará a Hacienda las cant	· ·				
Firmado en		_, a de	_ de		
	Firma de	el/a solicitante,			

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – MÉDICO CON DISCAPACIDAD.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.
- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Si el Socio Protector tuviese reconocido una situación de dependencia en Grado III, Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realizen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.





Denominación: MÉDICO JUBILADO

Definición

Ayuda destinada a compensar la carencia de ingresos económicos ante una situación de jubilación.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores en situación de jubilación.

Aportación

Hasta 1.337 €/mes.

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita anual en la Unidad Familiar Computable inferior a 16.044 €/año.
- El Socio Protector deberá haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Documentación requerida

1° Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Certificado de cese de actividades económicas.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- · Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.

 Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

<u>Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:</u>

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Documentación acreditativa de ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidades





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – MÉDICO JUBILADO.

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos del colegiado/a:		
N° de colegiado/a:	_ N.I.F.:	
Nombre y apellidos:		
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:		
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la baja:
Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector: $\ \ S\hat{I}\ \Box$	NO □ (marcar lo que proceda)	
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes:		
Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la rec	clamación:	
NO. Motivo:		
Firmado: El/La	Secretario/a General,	
Datos del beneficiario/a (socio protector):		
Nombre y apellidos:		
N.I.E.:	Fecha de nacimiento:	70
Dirección postal:		: Piso: C.P.
Población:	Provincia:	
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	Correo Electrónico:	
N° IBAN ES		
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):		
Nombre y apellidos:		
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:	
Dirección postal:		: Piso: C.P
Población:		
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	Correo Electrónico:	
Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida	la ayuda que proceda. Por el mero l	necho de suscribir esta propuesta, el
peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdo	os que para resolverla adopte la Fun	dación, y declara que lo expuesto es
absolutamente cierto.		
La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (e Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. Fin		
validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones	que ofrece la FPSOMC y que son remitidas	por los solicitantes y/o de los receptores de
las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos		
de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invita a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al q		
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Adr		
facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria y		
de conservación de los datos: sus datos personales se conservarán mientras pe		
mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y c en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y opos		
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos para		
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus	beneficiarios.	-
Firmado en	a do do	
	_, a ue ue el/a solicitante.	
Firma de	en a soncitante,	





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – MÉDICO JUBILADO.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.
- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Certificado de cese de actividades económicas.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.



Denominación: MÉDICO EN FORMACIÓN EN ILT - Educación Infantil (0-3 años)

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste de una escuela infantil (guardería) de hijos de Socios Protectores de O a 3 años.

Tipología

Prestación económica de carácter semestral y renovable semestralmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores en etapa de formación (MIR u otros), que se encuentren en situación de baja laboral prolongada, por la que se ven mermados sus ingresos económicos, y tengan a su cargo hijos/as de 0 a 3 años, que se encuentren matriculados en una escuela infantil.

Aportación

Hasta el **65** % del coste solicitado, con un tope máximo de **300 €/mes**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

1
te
te
2

Otros requisitos de acceso

- Encontrarse en etapa formativa (MIR u otras) en los 5 años siguientes a la finalización del grado en medicina.
- No tener cubierto la totalidad del coste de la Escuela Infantil por otros organismos públicos o privados.

Documentación requerida

1° Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- Contrato de trabajo que acredite ser MIR u otra situación de formación.
- Parte médico de la baja y los partes de confirmación de baja, o, en caso de disponerlo, la Resolución Administrativa de Incapacidad Laboral Temporal, expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Factura de la escuela infantil.

- En caso de percibir subvención o beca por parte de otros organismos públicos o privados para este mismo fin, Resolución Administrativa de la subvención/beca. En caso de no percibirla, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- · Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

<u>Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:</u>

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Parte de confirmación de baja, o, en caso de disponerlo, la Resolución Administrativa de Incapacidad Laboral Temporal, expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Factura de la escuela infantil.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en el mes de junio o diciembre.
- Renovación: semestralmente.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidades





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – MÉDICO EN FORMACIÓN EN ILT – EDUCACIÓN INFANTIL (0-3 AÑOS).

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial o	de Médicos de:				
Situación colegial como socio protector	r: Fecha de alta:	Fecha de baja:		Motivo de la ba	aja:
Estar al corriente de sus aportaciones d	como socio protector: SÍ 🗆	NO □ (marcar lo que	proceda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las ap	ortaciones pendientes:				
Reclamación de l	la deuda: Sĺ. Especificar la red NO. Motivo:				
	Firmado: El/La	Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protecto	or).				
Nombre y apellidos:	= -				
N.I.F.:		_ Fecha de nacimien	to:		
Dirección postal:				Piso	C.P.
Población:		Provincia:		50	
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:		ctrónico:		
N° IBAN ES		SS, 16 Els.			
Datos del tutor/a (en caso de incapacid	lad legal):				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		_ Fecha de nacimien	to:		
Dirección postal:				Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Elec	ctrónico:		
EI/La Dr./Dra.:		Solicita le	sea conced	ida la ayuda	establecida por la
Fundación para escuela infantil (guarde	ería) de su hijo/a.				
Nombre y apellidos del usuario/a de la	ayuda:				
N.I.F.:		Fecha de nacimien	to:		
La Fundación para la Protección Social de la Interesado y le informa de los siguientes contivalidez usted mismo responde, serán utilizade las ayudas, para la consecución de los fines de de la fundación que pudiera ser de su interés: a terceros: sus datos serán comunicados al Concreta y de gestionar las solicitudes de prest facilitar los datos: los campos requeridos son de conservación de los datos: sus datos perse mientras no prescriban las posibles acciones le en todo momento, acceso, rectificación, portat si considera que el tratamiento no se ajusta a	tenidos acerca del tratamiento. Finos para gestionar las prestaciones el a Fundación. Asimismo, sus datos actividades de la fundación, invito Colegio de Médicos Provincial al quadración de los colegiados y a las Adria de cumplimentación obligatoria y onales se conservarán mientras peregales derivadas de la finalidad y colididad, supresión, limitación y opos la normativa vigente. Datos para cantidades entregadas a sus cantidades entregadas a sus	nalidad del tratamiento: los a que ofrece la FPSOMC y que as serán tratados para comunia ción a eventos etc. Base de la que pertenezca con el fin de la ministraciones Públicas para la va que resultan necesarios que resultan necesarios en del tratamiento. Derechos que sición, así como a presentar u ejercer sus derechos: calle Con beneficiarios.	datos aportados eson remitidas pecarnos electrónic legitimación: con verificar los extre dar cumplimiento ara poder cumpli pinsable, los plazo e asisten al Inter una reclamación o edaceros 10, 280	por Usted, de cujor los solicitantes amente con Usted sentimiento del in mos necesarios p a asus obligacione c con la finalidad d is establecidad e gesado: derecho a nnte la Autoridad e p14, Madrid o dpc	va exactitud, veracidad y y/o de los receptores de l para enviar información iteresado. Comunicación vara recibir la prestación es fiscales. Obligación de fel tratamiento. Criterios ralmente y, en todo caso, retirar el consentimiento de control (www.aepd.es)
Firmado en		_, a de	de		
	Firma de	el/a solicitante,			

Documentación a entregar – Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.
- Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.
- Contrato de trabajo que acredite ser MIR u otra situación de formación.
- Parte médico de la baja y los partes de confirmación de baja, o, en caso de disponerlo, la Resolución Administrativa de Incapacidad Laboral Temporal, expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Factura de la escuela infantil.

- En caso de percibir subvención o beca por parte de otros organismos públicos o privados para este mismo fin, Resolución Administrativa de la subvención/beca. En caso de no percibirla, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Prestaciones Asistenciales Solicitudes de Prórroga Anual





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**





SOLICITUD DE PRÓRROGA ANUAL – ASISTENCIAL ORFANDAD– MENOR DE 21 AÑOS.

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia del 1 de agosto al 31 de octubre 2023.

COLEGIO OFICIAL DE MEDICO)S:					
D./Da (nombre y apellidos pa	dre/madre o tutor):					
con N.I.F.:						protección por parte
de esta Fundación para la Pr						
ac esta i anadeisii para ia i i	occesion boeiai ac ia i	oe, somenes le se	•	con N.I.F.:		
para el año 2024 en la presta	ación que viene percib	iendo, en la cuantí	a establecida para	el citado año.		
La Fundación para la Protección Interesado y le informa de los sig y validez usted mismo responde, de las ayudas, para la consecuci información de la fundación que y Comunicación a terceros: sus da la prestación concreta y de gestifiscales. Obligación de facilitar le del tratamiento. Criterios de consegalmente y, en todo caso, mier derecho a retirar el consentimient la Autoridad de control (www.ae, 28014, Madrid o dpo@cgcom.es	ruientes contenidos acerci serán utilizados para ges- ón de los fines de la Fun pudiera ser de su interés: itos serán comunicados el jos datos: los campos requ servación de los datos: su atras no prescriban las po- to en todo momento, acce- pd.es) si considera que el	a del tratamiento. Fin tionar las prestacione idación. Asimismo, su actividades de la fun I Colegio de Médicos l orestación de los cole, ueridos son de cumpl las datos personales su osibles acciones legal eso, rectificación, port I tratamiento no se d	alidad del tratamien es que ofrece la FPSOI es datos serán tratadi dación, invitación a eve Provincial al que perte giados y a las Admin imentación obligatorio e conservarán mientro es derivadas de la fir abilidad, supresión, lin justa a la normativa	nto: los datos aportados p MC y que son remitidas po os para comunicarnos ele rentos etc. Base de legitin inezca con el fin de verifica instraciones Públicas pare a ya que resultan necesar as perdure la relación con inalidad y del tratamiento. mitación y oposición, así co	or Usted, de cu or los solicitante ectrónicamente nación: consent ar los extremos dar cumplimie ios para poder el responsable, Derechos que omo a presenta	ya exactitud, veracidad es y/o de los receptores con Usted para enviar timiento del interesado. encesarios para recibir ento a sus obligaciones cumplir con la finalidad los plazos establecidos asisten al Interesado. er una reclamación ante
La Fundación declarará a Had						
				de		
F	ırmado en		a de	ue		
F	·irmado en		a de /a solicitante,	ue		
		Firma del	/a solicitante,	ue		
A rellenar sólo en caso de ca	mbio de domicilio (cur	Firma del mplimentar en letr	/a solicitante,			
A rellenar sólo en caso de ca D./Dª:	mbio de domicilio (cur	Firma del mplimentar en leti	/a solicitante, ra mayúscula):			
A rellenar sólo en caso de ca D./Dª: Domicilio:	mbio de domicilio (cur	Firma del mplimentar en leti	/a solicitante, ra mayúscula):			C.P
A rellenar sólo en caso de ca D./Dª:	mbio de domicilio (cui	Firma del	/a solicitante, ra mayúscula): Provincia:		Piso:	

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN:

• Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.





SOLICITUD DE PRÓRROGA ANUAL – ASISTENCIAL.

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia del 1 de agosto al 31 de octubre 2023.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICO	OS:						
DENOMINACIÓN DE LA PRES	STACIÓN (Marcar lo c	nue proceda):					
☐ Huérfano con discapaci		que procedaj.					
☐ Viudedad.	uau.						
☐ Médico con discapacida	d (Socio Protector d	e la EPSOMC)					
☐ Médico jubilado (Socio F							
<u> </u>	. Steets. de la l . Se						
D./Dª (nombre y apellidos): _							61
con N.I.F.:				as circunst	ancias que diero	n lugar a la p	protección por parte
de esta Fundación para la Pr	otección Social de la	a OMC, solicito me s	ea concedida	ı una prórr	oga para el año	2024 en la pi	restación que vengo
percibiendo, en la cuantía es	tablecida para el cita	ado año.					
Interesado y le informa de los sig y validez usted mismo responde, de las ayudas, para la consecuci información de la fundación que Comunicación a terceros: sus da la prestación concreta y de gestifiscales. Obligación de facilitar li del tratamiento. Criterios de cons legalmente y, en todo caso, mier derecho a retirar el consentimienta Autoridad de control (www.ae 28014, Madrid o dpo@cgcom.es	serán utilizados para gi ión de los fines de la Fi pudiera ser de su interé tos serán comunicados ionar las solicitudes de pos datos: los campos re servación de los datos: atras no prescriban las to en todo momento, ac pd.es) si considera que	estionar las prestacione undación. Asimismo, su is: actividades de la fun al Colegio de Médicos la e prestación de los cole equeridos son de cumpl sus datos personales si posibles acciones legal cceso, rectificación, port e el tratamiento no se con un presenta con la colega posibles acciones legal cceso, rectificación, port e el tratamiento no se con un presenta posibles acciones legal cceso, rectificación, port e el tratamiento no se con presenta posibles acciones posibles acciones posibles posibles acciones posibles	s que ofrece la s datos serán dación, invitacio provincial al que giados y a las mentación oblice conservarán res derivadas dabilidad, supresiusta a la norma	FPSOMC y q tratados par ón a eventos e pertenezca Administraci igatoria ya qu mientras pera le la finalidac sión, limitació mativa vigent	ue son remitidas para comunicarnos el etc. Base de legiti con el fin de verific con el fin de verific que resultan necesar dure la relación con dy del tratamiento fon y oposición, así c	or los solicitanto ectrónicamente mación: consen ar los extremos a dar cumplimie rios para poder el responsable, o Derechos que omo a presento	es y/o de los receptores e con Usted para enviar timiento del interesado. s necesarios para recibir ento a sus obligaciones cumplir con la finalidad los plazos establecidos e asisten al Interesado: ar una reclamación ante
					de		
ŀ	Firmado en				ae		
		Firma de	/a solicitante	÷,			
A rellenar sólo en caso de ca	mbio de domicilio (c	umplimentar en let	a mayúscula		•••••••	••••••••••	
D./Da:							
Domicilio:					Nº:	Piso:	C.P
Población:			Provinci	a:			
Teléfono fiio:		Teléfono móvil:		F-mail:			

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realican.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.





SOLICITUD DE PRÓRROGA SEMESTRAL – ASISTENCIAL – MÉDICO EN FORMACIÓN EN ILT - EDUCACIÓN INFANTIL (0-3 AÑOS).

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia antes del 31 de agosto (1º semestre) o antes del 28 de febrero (2º semestre).

COLEGIO OFICIAL DE I	MÉDICOS:					
D./Dª (nombre y apelli	idos):					
con N.I.F.:		, a n Social de la OMC, solicit	al mantenerse las	s mismas circunstancia da una prórroga (sem e	as que dieron estral) en la p	lugar a la protección restación que vengo
Interesado y le informa di validez usted mismo resp las ayudas, para la consec de la fundación que pudie a terceros: sus datos sen concreta y de gestionar la facilitar los datos: los car de conservación de los di mientras no prescriban la en todo momento, acceso si considera que el tratam	e los siguientes contenidos onde, serán utilizados para rución de los fines de la Funra ser de su interés: activid án comunicados al Colegio s solicitudes de prestación ampos requeridos son de curatos: sus datos personales o posibles acciones legales actificación, portabilidad, ijento no se ajusta a la norráa a Hacienda las cantic	nización Médica Colegial (en cacerca del tratamiento. Final de gestionar las prestaciones qua dación. Asimismo, sus datos se lades de la fundación, invitació de Médicos Provincial al que de los colegiados y a las Admir mplimentación obligatoria y a se conservarán mientras perd derivadas de la finalidad y del supresión, limitación y oposicion mativa vigente. Datos para eje dades entregadas a sus be	idad del tratamiento e ofrece la FPSOMO erán tratados para con a eventos etc. Bas pertenezca con el fisistraciones Públicas que resultan necesa ure la relación con e tratamiento. Derechón, así como a presercer sus derechos: a eneficiarios.	to: los datos aportados por lo que son remitidas por lo omunicarnos electrónicam se de legitimación: conser fin de verificar los extremento a sirios para poder cumplir co la responsable, los plazos e tos que asisten al Interescentar una reclamación antecalle Cedaceros 10, 28014	or Usted, de cuy los solicitantes nente con Usted ntimiento del inio secesarios pe sus obligacione on la finalidad d establecidos legi ado: derecho a u e la Autoridad d	a exactitud, veracidad y y/o de los receptores de para enviar información teresado. Comunicación ara recibir la prestación ars fiscales. Obligación de lel tratamiento. Criterios almente y, en todo caso, retirar el consentimiento le control (www.aepd.es)
	Firmado en	, ā	a de	de		
		Firma del/i	a solicitante,	96/		
A rellenar sólo en caso	o de cambio de domicil	io (cumplimentar en letra	mayúscula):			
D./D ^a :		$\mathcal{A} \mathcal{Y} \mathcal{A}$				
Domicilio:				N°:	Piso:	C.P
Población:			Provincia:			
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:	E-ma	il:		

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Parte de confirmación de baja, o, en caso de disponerlo, la Resolución Administrativa de Incapacidad Laboral Temporal, expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Factura de la escuela infantil.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.



Prestaciones para la Dependencia - Discapacidad





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**

PRESTACIONES PARA LA DEPENDENCIA - DISCAPACIDAD

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- Atención en el Domicilio (SAD).
- Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Respiro del cuidador.
- Convalecencia.
- Centro Residencial.
- Residencia Siglo XXI.
- Atención Temprana (0-6 años).
- Tratamientos Especiales (6-21 años).
- Autonomía Personal:
 - Adaptación del hogar.
 - Productos para el cuidado personal.
 - Adaptación del vehículo particular.
 - Adquisición del vehículo particular adaptado.
 - Ayuda para el uso de Trasporte Adaptado.





Denominación: TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD)

Definición

Ayuda destinada a la adquisición de un servicio prestado a través de dispositivos conectados a la línea fija o móvil, durante las 24 horas del día y los 365 días del año, que facilitan la atención personalizada del usuario/a, con el fin de detectar, prevenir e intervenir ante posibles situaciones de riesgo.

Este servicio, además, promueve la permanencia de la persona en su entorno habitual, ofreciendo compañía, seguridad e independencia, así como apoyo a los familiares que tienen a su cargo a una persona con discapacidad y/o dependencia.

Se incluyen los dispositivos de localización.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores con, al menos, 75 años.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que tengan, al menos, 75 años.
- Viudos/as de Socios Protectores que tengan, al menos, 75 años.
- Socios Protectores con hijos/as que tengan reconocido, al menos, un 33 % de discapacidad o un Grado I de dependencia y que convivan con el Socio Protector, salvo en caso de separación legal o divorcio, siempre que convivan con el otro progenitor, y dependan económicamente del Socio Protector.
- Huérfanos/as de Socios Protectores con discapacidad que sean beneficiarios de la Fundación.

Aportación

Hasta 35 €/mes.

Otros requisitos de acceso

- No padecer enfermedad mental o demencia.
- Disponer de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- En el momento de solicitar la prestación, se deberá contar con un Servicio de Teleasistencia Domiciliaria contratado.
- No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

- Los beneficiarios de la Fundación podrán solicitar esta prestación siempre y cuando conserven su condición de beneficiario.
- Para los cónyuges o parejas de hecho de Socios Protectores, en caso de que éste hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el último/a de ellos/as.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- En caso de tener reconocido un Servicio de Teleasistencia Domiciliaria a través de Dependencia, Comunidad Autónoma o Ayuntamiento, Resolución Administrativa correspondiente a través de la cual se reconoce dicho servicio.
- Última factura de la empresa prestadora del servicio.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC. (No aplicable a los beneficiarios de la Fundación):

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.





Denominación: TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD)

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad o la Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia. Si cuenta con ambos reconocimientos, deberá presentar ambos.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Última factura de la empresa prestadora del servicio.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD).

Surtirá efecto desde la fecha de entrada toda la documentación en el registro de la Fundación.

Datos dei colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial (de Médicos de:				
Situación colegial como socio protecto	r: Fecha de alta:	Fecha de baja:	Mo	otivo de la ba	ja:
Estar al corriente de sus aportaciones					
Si es moroso, indicar: Cuantía de las a	•				
	•	reclamación:			
	NO. Motivo:				
	Firmado: El/	'La Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protect	or, viudo/a o actual benef	iciario/a):			
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _			
Dirección postal:			N°:	Piso:	C.P
Población:					
Teléfonos de contacto: Fijo:		Correo Electró	nico:		
N° IBAN ES					
Datos del tutor/a (en caso de incapacio	iad legal):				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _			
Dirección postal:		, /		Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Movil:	Correo Electró	nico:		
FIM D (D					
El/La Dr./Dra.:solicita le sea concedida la ayuda esta	 blecida por la Fundación, a	a cuvo efecto v para su tramitad	ión reglamer	itaria acompa	aña los documentos
necesarios para (marcar con una X lo q	ue proceda): Socio protect	or □, cónyuge o pareja de hech	io/viudo/a □,	hijo/a □ o b	eneficiario/a □.
Nombre y apellidos del usuario/a de la	ayuda:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _			
Grado de Dependencia:					
Por el mero hecho de suscribir esta p		acepta, sin derecho a ulterior r	eclamación, I	os acuerdos	que para resolverla
adopte la Fundación, y declara que lo e	xpuesto es absolutamento	e cierto.			
La Fundación para la Protección Social de l					
Interesado y le informa de los siguientes con validez usted mismo responde, serán utilizado					
las ayudas, para la consecución de los fines de	e la Fundación. Asimismo, sus de	atos serán tratados para comunicarn	os electrónicam	ente con Usted _i	para enviar informaciói
de la fundación que pudiera ser de su interés: a terceros: sus datos serán comunicados al					
concreta y de gestionar las solicitudes de pres					
facilitar los datos: los campos requeridos sor				,	
de conservación de los datos: sus datos pers mientras no prescriban las posibles acciones l					
en todo momento, acceso, rectificación, portal	bilidad, supresión, limitación y c	pposición, así como a presentar una re	eclamación ante	la Autoridad de	e control (www.aepd.es
si considera que el tratamiento no se ajusta a		•	eros 10, 28014,	Madrid o dpo@	Dcgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las	cantidades entregadas a s	sus beneficiarios.			
Firmado er	1	, a de	de		
		a del/a solicitante,			
	, 111110				





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD).

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente,
 Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- En caso de tener reconocido un Servicio de Teleasistencia Domiciliaria a través de Dependencia, Comunidad Autónoma o Ayuntamiento, Resolución Administrativa correspondiente a través de la cual se reconoce dicho servicio.
- Última factura de la empresa prestadora del servicio.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC (no aplicable a los beneficiarios de la Fundación):

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

• Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad o la Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia. Si cuenta con ambos reconocimientos, deberá presentar ambos.



Denominación: ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD)

Definición

Ayuda destinada a la adquisición de un servicio de atención en el propio domicilio al objeto de atender las necesidades de la vida diaria, promoviendo así la permanencia del usuario en su entorno habitual.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo destinatario

- Socios Protectores que tengan reconocido un Grado I, II o III de dependencia.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que tengan reconocido un Grado I, II o III de dependencia.
- Viudos/as de Socios Protectores que tengan reconocido un Grado I, II o III de dependencia.
- Socios Protectores con hijos/as que tengan reconocido un Grado I, II o III de dependencia que, además, convivan con el Socio Protector, salvo en caso de separación legal o divorcio, siempre que convivan con el otro progenitor, y dependan económicamente del Socio Protector.

Aportación

Se calculará en base a las horas de atención que necesita la persona, de acuerdo con el Grado de Dependencia reconocido.

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- En caso de no contar con el Reconocimiento de Grado de Dependencia por encontrarse pendiente de resolución, podrá solicitarse la ayuda aportando el justificante de su solicitud, previa valoración por parte del Servicio de Atención Social de la Fundación.
- En el momento de solicitar la prestación, se deberá contar con un Servicio de Ayuda a Domicilio contratado, bien a través de Empresa de Servicios, o bien a través de cuidadores profesionales o no profesionales.
- No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.
- Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Justificante del servicio de ayuda a domicilio del que dispone.
 - Empresa de Servicios: Contrato firmado con la empresa o última factura emitida por la empresa.
 - Contratación de cuidadores profesionales y/o no profesionales: Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de impu-





Denominación: ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD)

taciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.

 Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF de hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD).

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos dei colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		_ N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial de	Médicos de:				
Situación colegial como socio protector: F	-echa de alta:	Fecha de baja:	M	otivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus aportaciones co	mo socio protector: SÍ 🗆	NO □ (marcar lo que pro	ceda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las apor	rtaciones pendientes:		/		
Reclamación de la	deuda: SÍ. Especificar la re	eclamación:			6
	Firmado: El/La	Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protector	o viudo/a):				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		_ Fecha de nacimiento: _			
Dirección postal:			Nº:	Piso:	C.P
Población:					
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electrón	nico:		
N° IBAN ES		\times			
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad	/ -				
Nombre y apellidos:		100			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _			
Dirección postal:			Nº:	Piso:	C.P
Población:		_ Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electrór	nico:		
El/La Dr./Dra.:					~
solicita le sea concedida la ayuda estable necesarios para (marcar con una X lo que	cida por la Fundacion, a ci proceda): Socio protector	uyo efecto y para su tramitac	ion reglamei o/ viudo/a 🗆	ntaria acompa 1 o hiio/a 🗆.	ana los documentos
Nombre y apellidos del usuario/a de la a		—,,			
		Fecha de nacimiento: _			
Grado de Dependencia:					
Por el mero hecho de suscribir esta pro		onta sin dorocho a ultorior re	nclamación	los acuardos	ano para rosolvorla
adopte la Fundación, y declara que lo exp		•	eciamación,	ios acuerdos	que para resolveria
La Fundación para la Protección Social de la C	rganización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Res	ponsable del ti	ratamiento de la	os datos personales del
Interesado y le informa de los siguientes conten					
validez usted mismo responde, serán utilizados las ayudas, para la consecución de los fines de la					
de la fundación que pudiera ser de su interés: ac	tividades de la fundación, invito	ación a eventos etc. Base de legiti	mación: consei	ntimiento del int	eresado. Comunicación
a terceros: sus datos serán comunicados al Col concreta y de gestionar las solicitudes de prestac					
facilitar los datos: los campos requeridos son de	le cumplimentación obligatoria	ya que resultan necesarios para po	oder cumplir co	on la finalidad de	el tratamiento. Criterios
de conservación de los datos: sus datos person mientras no prescriban las posibles acciones lega					
en todo momento, acceso, rectificación, portabilio	dad, supresión, limitación y opo	sición, así como a presentar una re	clamación ant	e la Autoridad de	e control (www.aepd.es)
si considera que el tratamiento no se ajusta a la		•	ros 10, 28014	, Madrid o dpo@	Dcgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las ca	ntidades entregadas a sus	s beneficiarios.			
Eirmada on		_, a de	do		
Firmado en _			ue		
	Firma d	el/a solicitante,			



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD).

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente,
 Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.
- Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Justificante del servicio de ayuda a domicilio del que dispone.
 - Empresa de Servicios: Contrato firmado con la empresa o última factura emitida por la empresa.
 - Contratación de cuidadores profesionales y/o no profesionales: Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF de hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.





Denominación: CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste de una plaza en un Centro de Atención Diurna/Nocturna, promoviendo así la permanencia del usuario en su entorno habitual.

Tipoloía

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores que tengan reconocido, al menos, un Grado II de dependencia o, al menos, un 65 % de discapacidad, siempre que hayan solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia, encontrándose pendiente de resolución.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que tengan reconocido, al menos, Grado II de dependencia o, al menos, un 65 % de discapacidad, siempre que hayan solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia, encontrándose pendiente de resolución.
- Viudos/as de Socios Protectores que tengan reconocido, al menos, un Grado II de dependencia o con, al menos, un 65 % de discapacidad, siempre que hayan solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia, encontrándose pendiente de resolución.
- Socios Protectores con hijos/as mayores de 18 años y menores de 65 años, que tengan reconocido, al menos, un Grado II de dependencia o, al menos, un 65 % de discapacidad, siempre que hayan solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia, encontrándose pendiente de resolución. Además, los hijos/as deberán convivir con el Socio Protector, salvo en caso de separación legal o divorcio, siempre que convivan con el otro progenitor, y dependan económicamente del Socio Protector.

Aportación

Incremento del **40 %** sobre la cuantía de cobertura establecida en el Programa Individual de Atención (PIA).

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- En el momento de solicitar la prestación, se deberá ser usuario/a de un Centro de Atención Diurna/ Nocturna.

 No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.
- Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Para aquellos que soliciten la prestación por disponer de, al menos un 65 % de discapacidad, pero no cuentan con el Reconocimiento de Grado de Dependencia, Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad y justificante de haber solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- Última factura emitida por el Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

 Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.





Denominación: CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA

- Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
- Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

• Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Última factura emitida por el Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA.

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Mé	dicos de:				
Situación colegial como socio protector: Fech	na de alta:	Fecha de baja:	M	otivo de la ba	a:
Estar al corriente de sus aportaciones como	socio protector: SÍ	□ NO □ (marcar lo que proce	eda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportac	iones pendientes:				
	·	reclamación:			
					7
	NO. Motivo:				
	Firmado: El/l	La Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protector o v	iudo/a):				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:			N°:	Piso:	C.P.
Población:			7		
Teléfonos de contacto: Fijo:			co.		
N° IBAN ES		CONTCO ENCERONIA			
IV IDAN EJ					
Dates del tutor/a (en saco de incapacidad la	IV				
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad le	_				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:					
Población:	/	Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electrónio	co:		
El/La Dr./Dra.:	a por la Eundación, a	cuvo ofocto v para cu tramitació	in roglamor	ataria acomp	não los dosumentos
necesarios para (marcar con una X lo que pro					and ios documentos
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayud				,	
N.I.F.:					
Grado de Dependencia:					
Por el mero hecho de suscribir esta propue	sta el neticionario a	centa sin derecho a ulterior rec	lamación l	ns acuerdos	que nara resolverla
adopte la Fundación, y declara que lo expues			ilarriacion, i	os acaciaos	que para resorveria
La Fundación para la Protección Social de la Orga	nización Médica Colegia	l (en adelante, "FPSOMC"), es la Respo	onsable del ti	ratamiento de la	os datos personales del
Interesado y le informa de los siguientes contenidos					
validez usted mismo responde, serán utilizados para las ayudas, para la consecución de los fines de la Fun					
de la fundación que pudiera ser de su interés: activia	lades de la fundación, inv	vitación a eventos etc. Base de legitim	ación: conser	ntimiento del int	eresado. Comunicación
a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio concreta y de gestionar las solicitudes de prestación					
facilitar los datos: los campos requeridos son de cu	mplimentación obligatori	ia ya que resultan necesarios para pod	der cumplir co	n la finalidad de	el tratamiento. Criterios
de conservación de los datos: sus datos personales					
mientras no prescriban las posibles acciones legales en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad,					
si considera que el tratamiento no se ajusta a la norr					
	dades entregadas a s	us beneficiarios.			
La Fundación declarará a Hacienda las cantid	O				
	J				
		, a de del/a solicitante,	_de		



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente,
 Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.
- Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Para aquellos que soliciten la prestación por disponer de, al menos un 65 % de discapacidad, pero no cuentan con el Reconocimiento de Grado de Dependencia, Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad y justificante de haber solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- Última factura emitida por el Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

• Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.





Denominación: RESPIRO DEL CUIDADOR

Definición

Ayuda destinada a la contratación de cuidadores profesionales o residencias temporales con el objeto de facilitar al cuidador/a principal de la persona dependiente y/o con discapacidad momentos de descanso, evitando situaciones de sobrecarga.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores que ejerzan de cuidador principal de su cónyuge o pareja de hecho, que tengan reconocido, al menos, un 65 % de discapacidad o, al menos, un Grado II de dependencia.
- Socios Protectores que tengan reconocido, al menos, un 65 % de discapacidad o, al menos, un Grado II de dependencia, ejerciendo su cónyuge o pareja de hecho como cuidador principal.

Aportación

Hasta **547 €/mes** en un periodo máximo de 60 días al año.

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- En caso de contratación de cuidadores profesionales, éstos deben estarlo a través de una Empresa de Servicios, o bien de manera particular, en cuyo caso, deberán estar en situación de Alta en la Seguridad Social.
- No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.
- El Socio Protector deberá haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.

- En caso de contratación de recurso residencial:
 - Contrato de ingreso en el recurso residencial y última factura emitida por la Residencia.
 - Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA) y justificante bancario del ingreso de la Prestación Vinculada al Servicio, en caso de tener reconocida esta prestación económica para uso de Residencias Temporales.
- En caso de contratación de cuidadores profesionales de manera particular:
 - Contrato de trabajo del cuidador profesional y justificante de alta en la Seguridad Social.
- En caso de contratación de cuidadores profesionales a través de Empresa de Servicios:
 - Última factura emitida por la empresa.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores.

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – RESPIRO DEL CUIDADOR.

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos del colegiado/a:			
N° de colegiado/a:	N.I.F.:		
Nombre y apellidos:			
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:			
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector:	SÍ □ NO □ (marcar lo que proc	eda)	
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes:			
Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar	la reclamación:		
Firmado: E	I/La Secretario/a General,		
Datos del beneficiario/a (socio protector):			
Nombre y apellidos:			
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:		N°: Piso:	
Población:			
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	Correo Electróni	CO:	
N° IBAN ES)		
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):			
Nombre y apellidos:			
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:		Nº: Piso:	
Población:		111.150	
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:			
,,,			
El/La Dr./Dra.:			
solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protec			ña los documentos
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:	, , ,		
N.I.F.:			
Grado de Dependencia:			
Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario	acepta, sin derecho a ulterior re	clamación, los acuerdos (que para resolverla
adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamen	•	,	1
La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Coleg			
Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamient validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaci			
las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus	datos serán tratados para comunicarnos	s electrónicamente con Usted p	para enviar información
de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincia			
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a la			
facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplimentación obligat	toria ya que resultan necesarios para pod	der cumplir con la finalidad de	l tratamiento. Criterios
de conservación de los datos: sus datos personales se conservarán miento mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalid			
en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y	oposición, así como a presentar una rec	lamación ante la Autoridad de	control (www.aepd.es)
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos p	•	os 10, 28014, Madrid o dpo@	Ocgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a	sus beneficiarios.		
Firmado en	a de	de	
	, a ue	_ 40	





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – RESPIRO DEL CUIDADOR.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente,
 Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- En caso de contratación de recurso residencial:
 - Contrato de ingreso en el recurso residencial y última factura emitida por la Residencia.
 - Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA) y justificante bancario del ingreso de la Prestación Vinculada al Servicio, en caso de tener reconocida esta prestación económica para uso de Residencias Temporales.

En caso de contratación de cuidadores profesionales de manera particular:

• Contrato de trabajo del cuidador profesional y justificante de alta en la Seguridad Social.

En caso de contratación de cuidadores profesionales a través de Empresa de Servicios:

- Última factura emitida por la empresa.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.





Denominación: CONVALECENCIA

Definición

Ayuda destinada a contribuir en la financiación de los gastos originados por la estancia temporal en un Centro Residencial, Centro de Atención Diurna/Nocturna o por los tratamientos aplicados en el domicilio para la recuperación de procesos agudos o quirúrgicos tras el alta hospitalaria.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores que, tras una enfermedad, accidente o intervención quirúrgica, precisen de un periodo de convalecencia y/o rehabilitación hasta su recuperación y no necesiten de atención hospitalaria.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que, tras una enfermedad, accidente o intervención quirúrgica, precisen de un periodo de convalecencia y/o rehabilitación hasta su recuperación y no necesiten de atención hospitalaria.
- Viudos/as de Socios Protectores que, tras una enfermedad, accidente o intervención quirúrgica, precisen de un periodo de convalecencia y/o rehabilitación hasta su recuperación y no necesiten de atención hospitalaria.

Aportación

 Hasta 547 €/mes en un periodo máximo de 60 días al año.

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.
- El Socio Protector relacionado tendrá que haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.

- Informe clínico del alta hospitalaria en el que especifique los cuidados y rehabilitación que necesita la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de contratación de un Servicio de Atención Domiciliaria:
 - Empresa de Servicios: Contrato firmado con la empresa o última factura emitida por la empresa.
 - Contratación de cuidadores profesionales y/o no profesionales: Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.
- Ultima factura emitida por el Centro Residencial o Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – CONVALECENCIA.

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Informe a emitir por el Colegio Oficial de	Médicos de:			
Situación colegial como socio protector:	Fecha de alta:	Fecha de baja:	Motivo o	de la baja:
Estar al corriente de sus aportaciones co				
Si es moroso, indicar: Cuantía de las apo	•			
		reclamación:		
	<u> </u>			
	NO. Motivo:			-0/
	Firmado: El/L	La Secretario/a General,		
Datos del beneficiario/a (socio protecto	r o viudo/a):			
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _		
Dirección postal:			N°: P	iso: C.P
Población:				
Teléfonos de contacto: Fijo:			nico:	
N° IBAN ES				
Datos del tutor/a (en caso de incapacida	nd legal):			
Nombre y apellidos:	_			
N.I.F.:		Fosha do nasimiento:		
Dirección postal:		Fecha de nacimiento: _		
Direction postai:				iso: C.P
Población: Teléfonos de contacto: Fijo:	NAS II			
Teleronos de contacto: Fijo:	MOVII:	Correo Electron	nico:	
F1/1 D /D				
El/La Dr./Dra.:solicita le sea concedida la ayuda establ	ecida por la Fundación, a	cuvo efecto v para su tramitac	ión reglamentaria	acompaña los documentos
necesarios para (marcar con una X lo que				acompana ios accamentos
Nombre y apellidos del usuario/a de la a	ayuda:			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _		
Por el mero hecho de suscribir esta pro adopte la Fundación, y declara que lo ex		•	eclamación, los ac	uerdos que para resolverla
La Fundación para la Protección Social de la				
Interesado y le informa de los siguientes conte validez usted mismo responde, serán utilizados				
las ayudas, para la consecución de los fines de la	a Fundación. Asimismo, sus da	tos serán tratados para comunicarno	os electrónicamente co	on Usted para enviar informaciói
de la fundación que pudiera ser de su interés: a a terceros: sus datos serán comunicados al Co				
concreta y de gestionar las solicitudes de presta				
facilitar los datos: los campos requeridos son d				
de conservación de los datos: sus datos person mientras no prescriban las posibles acciones les				
en todo momento, acceso, rectificación, portabil	lidad, supresión, limitación y op	, posición, así como a presentar una re	eclamación ante la Aut	toridad de control (www.aepd.es
si considera que el tratamiento no se ajusta a la		•	eros 10, 28014, Madri	d o dpo@cgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las ca	antidades entregadas a su	us beneficiarios.		
Firmado en		, a de	de	
i iiiiddo eii <u>-</u>		del/a solicitante,		_
	FIIIId	den a soncitante,		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – CONVALECENCIA.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente,
 Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Informe clínico del alta hospitalaria en el que especifique los cuidados y rehabilitación que necesita la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de contratación de un Servicio de Atención Domiciliaria.
 - Empresa de Servicios: Contrato firmado con la empresa o última factura emitida por la empresa.
 - Contratación de cuidadores profesionales y/o no profesionales: Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.
- Ultima factura emitida por el Centro Residencial o Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.



Denominación: CENTRO RESIDENCIAL

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste en una plaza residencial.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores que sean usuarios de un Centro Residencial.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que sean usuarios de un Centro Residencial.
- Viudos/as de Socios Protectores que sean usuarios de un Centro Residencial.
- Socios Protectores con hijos/as que sean usuarios de un Centro Residencial que tengan reconocido, al menos, un Grado III de dependencia o, al menos, un 75 % de discapacidad, siempre que hayan solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia, encontrándose pendiente de resolución. Además, los hijos/as deberán convivir con el Socio Protector, salvo en caso de separación legal o divorcio, siempre que convivan con el otro progenitor, y dependan económicamente del Socio Protector hasta su ingreso en el Centro Residencial, manteniéndose la dependencia económica desde el ingreso en el Centro Residencial.

Aportación

547 €/mes.

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- Dedicar, al menos, el 80 % de la Renta Per Cápita de la UFC al pago de la plaza residencial, una vez descontadas las subvenciones de otros organismos públicos, si procede.
- El Socio Protector relacionado tendrá que haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Contrato de ingreso en el Centro Residencial y última factura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- · Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Socios Protectores:

 Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

- NIF del cónyuge del Socio Protector.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.





Denominación: CENTRO RESIDENCIAL

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y del Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

- Certificado de defunción del Socio Protector.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y del Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.
- Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Para aquellos que soliciten la prestación por disponer de, al menos un 75 % de discapacidad, pero no cuentan con el Reconocimiento de Grado de Dependencia, Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad y justificante de haber solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Última factura emitida por el Centro Residencial.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: anualmente desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – CENTRO RESIDENCIAL.

Datos dei colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial de M	lédicos de:				
Situación colegial como socio protector: Fe	cha de alta:	Fecha de baja:	M	otivo de la ba	a:
Estar al corriente de sus aportaciones com	o socio protector: Sĺ □	NO □ (marcar lo que prod	ceda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aporta	aciones pendientes:		/		
Reclamación de la de	euda: SÍ. Especificar la re	eclamación:			6
	Firmado: El/La	a Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protector o	viudo/a):				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:			N°:	Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electrón	ico:		
N° IBAN ES		\mathbf{Y}_{\bullet}			
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad l	egal):				
Nombre y apellidos:		100			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:			Nº:	Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electrón	ico:		
El/La Dr./Dra.:					
solicita le sea concedida la ayuda estableci necesarios para (marcar con una X lo que p	ida por la Fundación, a c roceda): Socio protector	uyo efecto y para su tramitaci Doconyuge o pareja de becho	ión reglameı o/viudo/a □	ntaria acompa o hijo/a 🏻	aña los documentos
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayu		m, conyage o pareja de necino	o, viado, a 🗀	O Піјо/а Ш.	
	ida.	Fecha de nacimiento:			
Grado de Dependencia:		Fecha de hacimiento			
	vesta el neticionavio es	onto din dovocho o ultorior ro	- dama sián	las asuardas	
Por el mero hecho de suscribir esta propu adopte la Fundación, y declara que lo expu	•	•	cidinacion,	ios acuerdos	que para resolveria
La Fundación para la Protección Social de la Org			ponsable del ti	ratamiento de la	os datos personales del
Interesado y le informa de los siguientes contenid	os acerca del tratamiento. Fi	inalidad del tratamiento: los datos	aportados po	or Usted, de cuy	a exactitud, veracidad y
validez usted mismo responde, serán utilizados pa las ayudas, para la consecución de los fines de la Fu					
de la fundación que pudiera ser de su interés: activ	idades de la fundación, invit	tación a eventos etc. Base de legitir	nación: consei	ntimiento del int	eresado. Comunicación
a terceros: sus datos serán comunicados al Coleg concreta y de gestionar las solicitudes de prestació					
facilitar los datos: los campos requeridos son de d	cumplimentación obligatoria	ya que resultan necesarios para po	oder cumplir co	on la finalidad de	el tratamiento. Criterios
de conservación de los datos: sus datos personale mientras no prescriban las posibles acciones legale					
en todo momento, acceso, rectificación, portabilida		-			
si considera que el tratamiento no se ajusta a la no	rmativa vigente. Datos para	ejercer sus derechos: calle Cedacer	ros 10, 28014	, Madrid o dpo@	Dcgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las cant	idades entregadas a su	s beneficiarios.			
-		_ 4_	٠		
Firmado en		, a de	ae		
	Firma d	lel/a solicitante,			



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA - DISCAPACIDAD - CENTRO RESIDENCIAL.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Contrato de ingreso en el Centro Residencial y última factura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Socios Protectores:

 Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

- NIF del cónyuge del Socio Protector.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

- Certificado de defunción del Socio Protector.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.
- Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Para aquellos que soliciten la prestación por disponer de, al menos un 75 % de discapacidad, pero no cuentan con el Reconocimiento de Grado de Dependencia, Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad y justificante de haber solicitado el Reconocimiento de Grado de Dependencia.





Denominación: RESIDENCIA SIGLO XXI

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste de una plaza en la Residencia Siglo XXI.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores que sean usuarios de la Residencia Siglo XXI.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que sean usuarios de la Residencia Siglo XXI.
- Viudos/as de Socios Protectores que sean usuarios de la Residencia Siglo XXI.

Aportación

547 €/mes.

Otros requisitos de acceso

- Disponer de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- Dedicar, al menos, el 80 % de la Renta Per Cápita de la UFC al pago de la plaza residencial, una vez descontadas las subvenciones de otros organismos públicos, si procede.
- El Socio Protector relacionado tendrá que haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.
- Contrato de ingreso en el Centro Residencial y última factura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

• Certificado de defunción del Socio Protector.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Última factura emitida por el Centro Residencial.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: anualmente desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – RESIDENCIA SIGLO XXI.

Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Informe a emitir por el Colegio Oficial	de Médicos de:			
Situación colegial como socio protecto	or: Fecha de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la b	aja:
Estar al corriente de sus aportaciones	como socio protector: SÍ 🛭	□ NO □ (marcar lo que pro	oceda)	
Si es moroso, indicar: Cuantía de las a	portaciones pendientes:			
Reclamación de	la deuda: SÍ. Especificar la r	eclamación:		6
				61/
	Firmado: El/L	a Secretario/a General,		
Datos del beneficiario/a (socio protec				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _		
Dirección postal:			N°: Piso:	
Población:				
Teléfonos de contacto: Fijo:		Correo Electró	nico:	
N° IBAN ES		\sim		
Datos del tutor/a (en caso de incapaci	dad logal):			
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Focha do nacimiento:		
Dirección postal:			N°: Piso:	
Población:				
Teléfonos de contacto: Fijo:			nico:	
relevonos de contacto. Fijo:	IVIOVII.	COTTEO ETECTIO	IIICO:	
El/La Dr./Dra.:				
solicita le sea concedida la ayuda esta	ablecida por la Fundación, a o	cuyo efecto y para su tramita	ción reglamentaria acom	paña los documento
necesarios para (marcar con una X lo c	que proceda): Socio protecto	r □, cónyuge o pareja de hech	no/viudo/a □.	
Nombre y apellidos del usurio/a de la	ayuda:			
		Fecha de nacimiento:		
Grado de Dependencia:				
Por el mero hecho de suscribir esta p			eclamación, los acuerdo	s que para resolverla
adopte la Fundación, y declara que lo e	•		cnoncablo dal tratamianto da	las datas narsanalas de
La Fundación para la Protección Social de l Interesado y le informa de los siguientes con				
validez usted mismo responde, serán utilizad				
las ayudas, para la consecución de los fines de de la fundación que pudiera ser de su interés				
a terceros: sus datos serán comunicados al	Colegio de Médicos Provincial al	que pertenezca con el fin de verif	icar los extremos necesarios	para recibir la prestació
concreta y de gestionar las solicitudes de pres facilitar los datos: los campos requeridos so				
de conservación de los datos: sus datos pers	sonales se conservarán mientras _l	perdure la relación con el responsa	ble, los plazos establecidos le	galmente y, en todo cas
mientras no prescriban las posibles acciones en todo momento, acceso, rectificación, porta				
si considera que el tratamiento no se ajusta d				
La Fundación declarará a Hacienda las	cantidades entregadas a su	is beneficiarios.		
	<u> </u>		4.	
Firmado e		, a de		
	Eirma (dal/a colicitanto		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA - DISCAPACIDAD - RESIDENCIA SIGLO XXI.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente,
 Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), resoluciones administrativas completas.
- Contrato de ingreso en el Centro Residencial y última factura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.





Denominación: ATENCIÓN TEMPRANA (0-6 AÑOS)

Definición

Ayuda destinada a contribuir, de forma complementaria al sistema público, en los gastos originados por tratamientos multidisciplinares de Atención Temprana.

Tipología

Prestación económica de carácter semestral y renovable semestralmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores fallecidos y no fallecidos con hijos/as menores de 6 años que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, encontrándose, por ello, recibiendo tratamiento de Atención Temprana, con el fin de potenciar su capacidad de desarrollo y bienestar físico y/o intelectual.

Aportación

Hasta el **50 %** del coste, con un tope máximo de **565 €/mes**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
De 40.001 €/año hasta 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

- Estar recibiendo tratamiento de Atención Temprana pautado clínicamente.
- No tener cubierto la totalidad del coste del tratamiento por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

No se contemplará ayuda por la primera consulta de evaluación y diagnóstico, ni por el pago de cuotas asociativas.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del hijo/a del Socio Protector, en caso de que cuente con él.
- Si el hijo/a del Socio Protector cuenta con Programa Individual de Atención (PIA), la Resolución administrativa del mismo.
- En caso de disponer de él, Dictamen y Resolución de Necesidad de Atención Temprana.
- Informe clínico del especialista que prescribe el tratamiento de Atención Temprana.
- Programa del tratamiento de Atención Temprana que recibe, especificando los objetivos y metodología del mismo, así como la frecuencia de sesiones.
- Facturas del tratamiento emitidas por el centro/ centros responsables del mismo y en caso de percibir Prestación Económica Vinculada al Servicio reconocida, extracto semestral.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Socios Protectores no fallecidos:

- NIF del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los pro-





Denominación: ATENCIÓN TEMPRANA (0-6 AÑOS)

genitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Documentación específica para Socios Protectores fallecidos:

- NIF del progenitor no fallecido.
- Certificado de defunción del Socio Protector.
- En casos de orfandad absoluta, si la persona usuaria de la prestación se encuentra incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Informe de evolución y seguimiento emitido por el Centro/Centros responsable/s del Tratamiento de Atención Temprana.
- Programa del tratamiento de Atención Temprana actualizado, especificando los objetivos y metodología del mismo, así como la frecuencia de sesiones.
- Facturas del tratamiento emitidas por el centro/ centros responsables del mismo y en caso de percibir Prestación Económica Vinculada al Servicio reconocida, extracto semestral.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en el mes de junio o diciembre.
- Renovación: semestralmente.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – ATENCIÓN TEMPRANA (0-6 AÑOS).

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial	de Médicos de:				
Situación colegial como socio protecto	r: Fecha de alta:	Fecha de baja:	M	otivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus aportaciones	como socio protector: SÍ	□ NO □ (marcar lo que pr	oceda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las a	portaciones pendientes:				
Reclamación de	la deuda: SÍ. Especificar la	reclamación:			
					5
	NO. Motivo:				
	Firmado: El/l	La Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protect	tor o hijo/a de socio protect	tor fallecido):			
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:			N°:	Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electró	ónico:		
N° IBAN ES					
Datos del tutor/a (en caso de incapaci	dad legal):				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:			Nº:	Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:					
El/La Dr./Dra.:					
solicita le sea concedida la ayuda esta	blecida por la Fundación, a	cuyo efecto y para su tramita	ıción reglame	ntaria acompa	aña los documentos
necesarios para su hijo/a:					
Nombre y apellidos del beneficiario/a	del servicio:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Grado de Dependencia:					
Por el mero hecho de suscribir esta padopte la Fundación, y declara que lo e	·	•	reclamación,	los acuerdos	que para resolverla
La Fundación para la Protección Social de I	·		ocnoncable del t	ratamiento de la	ns datos nersonales de
Interesado y le informa de los siguientes con					
validez usted mismo responde, serán utilizad las ayudas, para la consecución de los fines de					
de la fundación que pudiera ser de su interés					
a terceros: sus datos serán comunicados al	Colegio de Médicos Provincial a	al que pertenezca con el fin de veri	ficar los extrem	os necesarios po	ara recibir la prestación
concreta y de gestionar las solicitudes de pres facilitar los datos: los campos requeridos sol					
de conservación de los datos: sus datos pers	sonales se conservarán mientras	s perdure la relación con el responso	able, los plazos e	establecidos lego	almente y, en todo caso,
mientras no prescriban las posibles acciones en todo momento, acceso, rectificación, porta					
si considera que el tratamiento no se ajusta a					
La Fundación declarará a Hacienda las		•		, -	
	· ·				
Firmado e	n	, a de	de		
	Firma	del/a solicitante.			





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – ATENCIÓN TEMPRANA (0-6 AÑOS).

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del hijo/a del Socio Protector, en caso de que cuente con él.
- Si el hijo/a del Socio Protector cuenta con Programa Individual de Atención (PIA), la Resolución Administrativa del mismo.
- En caso de disponer de él, Dictamen y Resolución de Necesidad de Atención Temprana.
- Informe clínico del especialista que prescribe el tratamiento de Atención Temprana.
- Programa del tratamiento de Atención Temprana que recibe, especificando los objetivos y metodología del mismo, así como la frecuencia de sesiones.
- Facturas del tratamiento emitidas por el centro/centros responsables del mismo y en caso de percibir Prestación Económica Vinculada al Servicio reconocida, extracto semestral.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Socios Protectores no fallecidos:

- NIF del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Documentación específica para Socios Protectores fallecidos:

- NIF del progenitor no fallecido.
- Certificado de defunción del Socio Protector.
- En casos de orfandad absoluta, si la persona usuaria de la prestación se encuentra incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.





Denominación: TRATAMIENTOS ESPECIALES (6-21 AÑOS)

Definición

Ayuda destinada a contribuir, de forma complementaria al sistema público, en los gastos originados por tratamientos para la recuperación funcional o psicológica.

Comprende los siguientes tratamientos: Fisioterapia, Psicomotricidad, Logopedia, Psicoterapia, Rehabilitación Integral del Daño Cerebral Sobrevenido, Rehabilitación Neuropsicológica, Tratamientos en Centros específicos de intervención con Trastornos graves de conducta y Trastornos de la conducta alimentaria, en modalidad de Hospital de Día e Internamiento.

Tipología

Prestación económica de carácter semestral y renovable semestralmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores fallecidos y no fallecidos con hijos/as de 6 a 21 años que estén recibiendo los citados tratamientos pautados por el clínico del organismo competente.

Aportación

Hasta el **50 %** del coste, con un tope máximo de **565 €/mes**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
De 40.001 €/año hasta 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

- Contar con informe clínico del especialista correspondiente en el que especifique el diagnóstico y la justificación del tratamiento (prescripción facultativa).
- Contar con un Reconocimiento de Grado de Discapacidad de, al menos, el 33 % y que el tratamiento solicitado se encuentre directamente relacionado con su discapacidad.
- No tener cubierto el coste del tratamiento por otros organismos públicos o privados.

Excepcionalmente, no será de aplicación el requisito de contar con el Reconocimiento de Grado de Discapacidad para los tratamientos referidos a: Rehabilitación Integral del Daño Cerebral Sobrevenido en fases agudas y Tratamientos en centros específicos de intervención con Trastornos graves de conducta y Trastornos de la conducta alimentaria.

Criterios a tener en cuenta

No se contemplará ayuda por la primera consulta de evaluación y diagnóstico, ni por el pago de cuotas asociativas.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del hijo/a del Socio Protector, en caso de que cuente con él o tenga una edad igual o superior a 14 años.
- Si cuenta con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), Resoluciones administrativas completas.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Informe clínico del especialista que especifique el diagnóstico y la justificación del tratamiento (prescripción facultativa).
- Programa del tratamiento que recibe, especificando los objetivos y metodología del mismo, así como la frecuencia de sesiones.
- Facturas del tratamiento emitidas por el centro/ centros responsables del mismo y en caso de percibir Prestación Económica Vinculada al Servicio reconocida, extracto semestral.
- Si se cuenta con cobertura económica por parte del Seguro Escolar, Resolución administrativa de dicha cobertura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC



Denominación: TRATAMIENTOS ESPECIALES (6-21 AÑOS)

obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.

 Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Socios Protectores no fallecidos:

- NIF del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Documentación específica para Socios Protectores fallecidos:

- NIF del progenitor no fallecido.
- Certificado de defunción del Socio Protector.
- En casos de orfandad absoluta, si la persona usuaria de la prestación se encuentra incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Informe clínico del especialista que especifique el diagnóstico y la justificación del tratamiento (prescripción facultativa).
- Programa del tratamiento que recibe, especificando los objetivos y metodología del mismo, así como la frecuencia de sesiones.
- Facturas del tratamiento emitidas por el centro/ centros responsables del mismo y en caso de percibir Prestación Económica Vinculada al Servicio reconocida, extracto semestral.
- Si se cuenta con cobertura económica por parte del Seguro Escolar, Resolución administrativa de dicha cobertura.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en el mes de junio o diciembre.
- Renovación: semestralmente.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – TRATAMIENTOS ESPECIALES (6-21 AÑOS).

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Mé	dicos de:				
Situación colegial como socio protector: Fech	na de alta:	Fecha de baja:	M	otivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus aportaciones como	socio protector: SÍ 🗆	NO ☐ (marcar lo que proc	eda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportac	•				
Reclamación de la deu	ıda: Sĺ. Especificar la recl	amación:			
	NO. Motivo:				
	Firmado: El/La S	ecretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protector o h	ijo/a de socio protector f	fallecido):			
Nombre y apellidos:		/ ^ `			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		/	
Dirección postal:					
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electróni	co:		
N° IBAN ES					
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad le	gal):				
Nombre y apellidos:		0.7			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:			N°:	Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electróni	co:		
El/La Dr./Dra.:	15 1 2				~
solicita le sea concedida la ayuda establecida necesarios para su hijo/a:	a por la Fundacion, a cuy	o erecto y para su tramitaci	on regiamei	ntaria acompa	na ios documentos
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayud	a:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:			
Grado de Dependencia:					
Por el mero hecho de suscribir esta propue	sta, el neticionario acen	ta, sin derecho a ulterior re	clamación.	los acuerdos o	nue para resolverla
adopte la Fundación, y declara que lo expues			,		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
La Fundación para la Protección Social de la Organ					
Interesado y le informa de los siguientes contenidos validez usted mismo responde, serán utilizados para					
las ayudas, para la consecución de los fines de la Fun	dación. Asimismo, sus datos :	serán tratados para comunicarnos	s electrónicam	ente con Usted p	ara enviar información
de la fundación que pudiera ser de su interés: activia a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio					
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación o					
facilitar los datos: los campos requeridos son de cui					
de conservación de los datos: sus datos personales mientras no prescriban las posibles acciones legales					
en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad,	supresión, limitación y oposi	ción, así como a presentar una rec	lamación ant	e la Autoridad de	control (www.aepd.es)
si considera que el tratamiento no se ajusta a la norm	, ,		05 10, 28014	, ıvıaarıd o dpo(d	cgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las cantic	iades entregadas a sus t	peneficiarios.			
Firmado en		a de	de		
1 1111dd en		/a solicitante,	_ uc		
	i ii ii a uei				





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN DEPENDENCIA - DISCAPACIDAD - TRATAMIENTOS ESPECIALES (6-21 AÑOS).

Documentación a entregar – Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del hijo/a del Socio Protector, en caso de que cuente con él o tenga una edad igual o superior a 14 años.
- Si cuenta con Reconocimiento de Grado de Dependencia y el Programa Individual de Atención (PIA), Resoluciones administrativas completas.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Informe clínico del especialista que especifique el diagnóstico y la justificación del tratamiento (prescripción facultativa).
- Programa del tratamiento que recibe, especificando los objetivos y metodología del mismo, así como la frecuencia de sesiones.
- Facturas del tratamiento emitidas por el centro/centros responsables del mismo y en caso de percibir Prestación Económica Vinculada al Servicio reconocida, extracto semestral.
- Si se cuenta con cobertura económica por parte del Seguro Escolar, Resolución administrativa de dicha cobertura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Socios Protectores no fallecidos:

- NIF del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Documentación específica para Socios Protectores fallecidos:

- NIF del progenitor no fallecido.
- Certificado de defunción del Socio Protector.
- En casos de orfandad absoluta, si la persona usuaria de la prestación se encuentra incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.





Denominación: AUTONOMÍA PERSONAL - Adaptación del hogar

Definición

Ayuda destinada a sufragar el gasto originado por la realización de determinadas adaptaciones para eliminar barreras en la vivienda de personas con movilidad reducida.

Comprende:

- Adaptación del cuarto de baño.
- Adaptación de puertas interiores de la vivienda.
- Instalación de barras de ducha.
- Instalación de asideros.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores que cuenten con baremo de movilidad reducida reconocido oficialmente en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Viudos/as de Socios Protectores que cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Socios Protectores con hijos/as que cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad, que, además, convivan con el Socio Protector, salvo en caso de separación legal o divorcio, siempre que convivan con el otro progenitor, y dependan económicamente del Socio Protector.
- Huérfanos/as con discapacidad de Socios Protectores, que además cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad y sean beneficiarios de la Fundación.

Aportación

Hasta el **50** % del coste, con un tope máximo establecido por la Fundación para cada tipo de adaptación, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
De 40.001 €/año hasta 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

- En el momento de la solicitud de la prestación, la obra de adaptación debe estar finalizada.
- No tener cubierto el coste de la adaptación por otros organismos públicos o privados.
- El Socio Protector relacionado tendrá que haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

- En caso de no disponer del Reconocimiento de Grado de Discapacidad, podrá solicitarse la prestación siempre y cuando aporte:
 - Justificante de haber solicitado el Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
 - Informe de valoración social del Servicio de Atención social de la Fundación que constante disponer, al menos, de un Grado II de Dependencia y que justifique la idoneidad de la adaptación solicitada.
- En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación cuente con Incapacidad Judicial, Sentencia de Incapacitación y NIF del tutor/a legal.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Factura desglosada y detallada de la obra de adaptación realizada.





Denominación: AUTONOMÍA PERSONAL - Adaptación del hogar

 Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – AUTONOMÍA PERSONAL – ADAPTACIÓN DEL HOGAR.

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial d	le Médicos de:				
Situación colegial como socio protector				ivo de la bai	a:
Estar al corriente de sus aportaciones o					
Si es moroso, indicar: Cuantía de las ap	•				
		a reclamación:			
			705		5
	NO. Motivo:				
	Firmado: El	/La Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protecto	or, viudo/a o actual benef	ficiario/a):			
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _			
Dirección postal:			Vio.	Piso	CP
Población:					
Teléfonos de contacto: Fijo:					
N° IBAN ES			ilico.		
IV IDAIV E3					
Datos del tutor/a (en caso de incapacid	lad legal):				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _			
Dirección postal:					C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:					
EI/La Dr./Dra.:					
solicita le sea concedida la ayuda estab					
necesarios para (marcar con una X lo qu					
Nombre y apellidos del beneficiario/a o					
N.I.F.:		Fecha de nacimiento: _			
Grado de Dependencia:					
Por el mero hecho de suscribir esta pr			eclamación, lo	s acuerdos (que para resolverl
adopte la Fundación, y declara que lo ex	•				
La Fundación para la Protección Social de la Interesado y le informa de los siguientes conti	· ·		,		,
validez usted mismo responde, serán utilizado			, ,	. ,	
las ayudas, para la consecución de los fines de		,		,	,
de la fundación que pudiera ser de su interés: a terceros: sus datos serán comunicados al C	,				
concreta y de gestionar las solicitudes de prest	tación de los colegiados y a las	s Administraciones Públicas para dar c	cumplimiento a su	ıs obligaciones	fiscales. Obligación d
facilitar los datos: los campos requeridos son de conservación de los datos: sus datos perso	,		,	,	
mientras no prescriban las posibles acciones le					
en todo momento, acceso, rectificación, portab	oilidad, supresión, limitación y	oposición, así como a presentar una re	eclamación ante l	la Autoridad de	control (www.aepd.e
si considera que el tratamiento no se ajusta a l		•	?ros 10, 28014, N	/ladrıd o dpo@	Ocgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las o	cantidades entregadas a	sus beneficiarios.			
Firmado en	ı	, a de	de		
		a del/a solicitante	-		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – AUTONOMÍA PERSONAL – ADAPTACIÓN DEL HOGAR

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación cuente con Incapacidad Judicial, Sentencia de Incapacitación y NIF del tutor/a legal.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Factura desglosada y detallada de la obra de adaptación realizada.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.





Denominación: AUTONOMÍA PERSONAL - Productos para el cuidado personal

Definición

Ayuda destinada a sufragar el gasto originado por la adquisición de determinados productos de apoyo que requieren personas con movilidad reducida para la realización de actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal.

Comprenden:

- Alzas y elevadores de WC.
- Sillas de ducha y WC.
- Otros productos para el cuidado personal a valorar por la Fundación.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores que cuenten con baremo de movilidad reducida reconocido oficialmente en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Viudos/as de Socios Protectores que cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Socios Protectores con hijos/as que cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad, que, además, convivan con el Socio Protector, salvo en caso de separación legal o divorcio, siempre que convivan con el otro progenitor, y dependan económicamente del Socio Protector.
- Huérfanos/as con discapacidad de Socios Protectores, que además cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad y sean beneficiarios de la Fundación.

Aportación

Hasta el **50** % del coste, con un tope máximo establecido por la Fundación para cada tipo de adquisición, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
De 40.001 €/año hasta 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

- En el momento de la solicitud de la prestación, el producto ya debe de haber sido adquirido.
- No tener cubierto el coste del producto por otros organismos públicos o privados.
- El Socio Protector relacionado tendrá que haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

- En caso de no disponer del Reconocimiento de Grado de Discapacidad, podrá solicitarse la prestación siempre y cuando aporte:
 - Justificante de haber solicitado el Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
 - Informe de valoración social del Servicio de Atención social de la Fundación que constante disponer, al menos, de un Grado II de Dependencia y que justifique la idoneidad de la adaptación solicitada.
- En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.





Denominación: AUTONOMÍA PERSONAL - Productos para el cuidado personal

- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Factura desglosada y detallada del producto adquirido.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición. Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCION A LA DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD AUTONOMÍA PERSONAL – PRODUCTOS PARA EL CUIDADO PERSONAL.

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Colegio Oficial de	Médicos de:				
Situación colegial como socio protector: F	echa de alta:	Fecha de baja:	Mo	tivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus aportaciones cor	no socio protector: SÍ 🗆	NO □ (marcar lo que proc	eda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las apor	taciones pendientes:				
Reclamación de la o	deuda: SÍ. Especificar la re	eclamación:			
	Firmado: El/La	a Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (socio protector,					
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:					
Dirección postal:			N°:	Piso:	C.P
Población:					
Teléfonos de contacto: Fijo:		Correo Electróni	ico:		
N° IBAN ES					
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad	logal).				
Nombre y apellidos:	•				
		Fecha de nacimiento:			
N.I.F.:					C.P
Dirección postal:Población:					
Teléfonos de contacto: Fijo:		Provincia:			
reieronos de contacto: Fijo:	IVIOVII:	Correo Electronii	ICO:		
El/La Dr./Dra.:					
solicita le sea concedida la ayuda estable					
necesarios para (marcar con una X lo que			i/viudo/a ⊔,	nijo∕a ⊔ o be	eneficiario Li.
Nombre y apellidos del usuario/a de la ay					
N.I.F.:					
Grado de Dependencia:					
Por el mero hecho de suscribir esta prop adopte la Fundación, y declara que lo exp			clamación, lo	os acuerdos (que para resolverla
La Fundación para la Protección Social de la O			onsahle del tra	ntamiento de lo	s datos nersonales del
Interesado y le informa de los siguientes conteni	guilleucion medica colegiai		ionsable act all	iturniento de 10	
interestado y le informa de los siguientes contem				Usted, de cuya	ı exactitud, veracidad y
validez usted mismo responde, serán utilizados p	dos acerca del tratamiento. Fi para gestionar las prestacione	inalidad del tratamiento: los datos s que ofrece la FPSOMC y que son r	aportados por emitidas por lo	s solicitantes y	/o de los receptores de
validez usted mismo responde, serán utilizados p las ayudas, para la consecución de los fines de la	dos acerca del tratamiento. Fi para gestionar las prestacione. Fundación. Asimismo, sus dato	inalidad del tratamiento: los datos s que ofrece la FPSOMC y que son r os serán tratados para comunicarno:	aportados por remitidas por lo s electrónicame	s solicitantes y. ente con Usted p	/o de los receptores de para enviar información
validez usted mismo responde, serán utilizados p	dos acerca del tratamiento. F i para gestionar las prestacione Fundación. Asimismo, sus datc iividades de la fundación, invit	inalidad del tratamiento: los datos s que ofrece la FPSOMC y que son r os serán tratados para comunicarno: tación a eventos etc. Base de legitin	aportados por remitidas por lo s electrónicame n ación: consent	s solicitantes y. ente con Usted p timiento del inte	/o de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación
validez ustéd mismo responde, serán utilizados p las ayudas, para la consecución de los fines de la de la fundación que pudiera ser de su interés: act a terceros: sus datos serán comunicados al Cole concreta y de gestionar las solicitudes de prestac	dos acerca del tratamiento. F. para gestionar las prestacione Fundación. Asimismo, sus dato tividades de la fundación, invit egio de Médicos Provincial al ión de los colegiados y a las Ac	inalidad del tratamiento: los datos s que ofrece la FPSOMC y que son r os serán tratados para comunicarno: tación a eventos etc. Base de legitin que pertenezca con el fin de verific dministraciones Públicas para dar cu	aportados por remitidas por lo s electrónicame nación: consent ar los extremos mplimiento a s	s solicitantes y. ente con Usted p timiento del inte s necesarios pa us obligaciones	/o de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación ara recibir la prestación fiscales. Obligación de
validez usted mismo responde, serán utilizados p las ayudas, para la consecución de los fines de la de la fundación que pudiera ser de su interés: act a terceros: sus datos serán comunicados al Cole concreta y de gestionar las solicitudes de prestaci facilitar los datos: los campos requeridos son de	dos acerca del tratamiento. Fi para gestionar las prestacione Fundación. Asimismo, sus dato tividades de la fundación, invit egio de Médicos Provincial al ión de los colegiados y a las Ac e cumplimentación obligatoria	inalidad del tratamiento: los datos s que ofrece la FPSOMC y que son r os serán tratados para comunicarno: tación a eventos etc. Base de legitin que pertenezca con el fin de verific dministraciones Públicas para dar cu ya que resultan necesarios para po	aportados por emitidas por lo s electrónicame nación: consent ar los extremos mplimiento a s der cumplir cor	s solicitantes y ente con Usted p timiento del inte s necesarios pa us obligaciones n la finalidad de	Vo de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación ara recibir la prestación fiscales. Obligación de Il tratamiento. Criterios
validez usted mismo responde, serán utilizados p las ayudas, para la consecución de los fines de la de la fundación que pudiera ser de su interés: act a terceros: sus datos serán comunicados al Cole concreta y de gestionar las solicitudes de prestaci facilitar los datos: los campos requeridos son de de conservación de los datos: sus datos persona	dos acerca del tratamiento. Fi para gestionar las prestacione Fundación. Asimismo, sus dato tividades de la fundación, invit egio de Médicos Provincial al ión de los colegiados y a las Ac e cumplimentación obligatoria eles se conservarán mientras p	inalidad del tratamiento: los datos s que ofrece la FPSOMC y que son r os serán tratados para comunicarno: tación a eventos etc. Base de legitin que pertenezca con el fin de verifica dministraciones Públicas para dar cu ya que resultan necesarios para po perdure la relación con el responsabl	aportados por lo semitidas por lo selectrónicame nación: consent ar los extremos implimiento a se der cumplir cor le, los plazos es	s solicitantes y, ente con Usted p timiento del inte s necesarios pa us obligaciones n la finalidad de tablecidos lega	Vo de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación ara recibir la prestación fiscales. Obligación de el tratamiento. Criterios Ilmente y, en todo caso,
validez usted mismo responde, serán utilizados p las ayudas, para la consecución de los fines de la de la fundación que pudiera ser de su interés: aci a terceros: sus datos serán comunicados al Cole concreta y de gestionar las solicitudes de presta- facilitar los datos: los campos requeridos son de de conservación de los datos: sus datos persona mientras no prescriban las posibles acciones lega en todo momento, acceso, rectificación, portabilia	dos acerca del tratamiento. Fi para gestionar las prestacione Fundación. Asimismo, sus data tividades de la fundación, invit egio de Médicos Provincial al ión de los colegiados y a las Ac e cumplimentación obligatoria ales se conservarán mientras p eles derivadas de la finalidad y lad, supresión, limitación y opo	inalidad del tratamiento: los datos s que ofrece la FPSOMC y que son r os serán tratados para comunicarno: tación a eventos etc. Base de legitin que pertenezca con el fin de verifica diministraciones Públicas para dar cu ya que resultan necesarios para po perdure la relación con el responsabl del tratamiento. Derechos que asis osición, así como a presentar una rece	aportados por la selectrónicame selectrónicame mación: conseniar los extremos der cumplir cor le, los plazos es ten al Interesa clamación ante	s solicitantes y, ente con Usted p timiento del inte s necesarios pa us obligaciones n la finalidad de tablecidos lega do: derecho a re la Autoridad de	Vo de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación tra recibir la prestación fiscales. Obligación de l tratamiento. Criterios Imente y, en todo caso, etirar el consentimiento e control (www.aepd.es)
validez usted mismo responde, serán utilizados plas ayudas, para la consecución de los fines de la de la fundación que pudiera ser de su interés: acta terceros: sus datos serán comunicados al Coleconcreta y de gestionar las solicitudes de prestacifacilitar los datos: los campos requeridos son de de conservación de los datos: sus datos personamientras no prescriban las posibles acciones lega en todo momento, acceso, rectificación, portabilios i considera que el tratamiento no se ajusta a la responsación de las datos de considera que el tratamiento no se ajusta a la receiva de la serán de la receiva de considera que el tratamiento no se ajusta a la receiva de la recei	dos acerca del tratamiento. Finara gestionar las prestacione Fundación. Asimismo, sus date ividades de la fundación, invitegio de Médicos Provincial al ión de los colegiados y a las Ac e cumplimentación obligatoria ales se conservarán mientras peles derivadas de la finalidad y lad, supresión, limitación y operormativa vigente. Datos para	inalidad del tratamiento: los datos si que ofrece la FPSOMC y que son ros serán tratados para comunicarnos tación a eventos etc. Base de legitin que pertenezca con el fin de verifica diministraciones Públicas para dar cu ya que resultan necesarios para po perdure la relación con el responsabla del tratamiento. Derechos que asis osición, así como a presentar una recu elercer sus derechos: calle Cedacen	aportados por la selectrónicame selectrónicame mación: conseniar los extremos der cumplir cor le, los plazos es ten al Interesa clamación ante	s solicitantes y, ente con Usted p timiento del inte s necesarios pa us obligaciones n la finalidad de tablecidos lega do: derecho a re la Autoridad de	Vo de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación tra recibir la prestación fiscales. Obligación de l tratamiento. Criterios Imente y, en todo caso, etirar el consentimiento e control (www.aepd.es)
validez usted mismo responde, serán utilizados p las ayudas, para la consecución de los fines de la de la fundación que pudiera ser de su interés: aci a terceros: sus datos serán comunicados al Cole concreta y de gestionar las solicitudes de presta- facilitar los datos: los campos requeridos son de de conservación de los datos: sus datos persona mientras no prescriban las posibles acciones lega en todo momento, acceso, rectificación, portabilia	dos acerca del tratamiento. Finara gestionar las prestacione Fundación. Asimismo, sus date ividades de la fundación, invitegio de Médicos Provincial al ión de los colegiados y a las Ac e cumplimentación obligatoria ales se conservarán mientras peles derivadas de la finalidad y lad, supresión, limitación y operormativa vigente. Datos para	inalidad del tratamiento: los datos si que ofrece la FPSOMC y que son ros serán tratados para comunicarnos tación a eventos etc. Base de legitin que pertenezca con el fin de verifica diministraciones Públicas para dar cu ya que resultan necesarios para po perdure la relación con el responsabla del tratamiento. Derechos que asis osición, así como a presentar una recu elercer sus derechos: calle Cedacen	aportados por la selectrónicame selectrónicame mación: conseniar los extremos der cumplir cor le, los plazos es ten al Interesa clamación ante	s solicitantes y, ente con Usted p timiento del inte s necesarios pa us obligaciones n la finalidad de tablecidos lega do: derecho a re la Autoridad de	Vo de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación ira recibir la prestación fiscales. Obligación de I tratamiento. Criterios Imente y, en todo caso, etirar el consentimiento e control (www.aepd.es)
validez ustéd mismo responde, serán utilizados plas ayudas, para la consecución de los fines de la de la fundación que pudiera ser de su interés: act a terceros: sus datos serán comunicados al Cole concreta y de gestionar las solicitudes de prestacifacilitar los datos: los campos requeridos son de de conservación de los datos: sus datos persona mientras no prescriban las posibles acciones lega en todo momento, acceso, rectificación, portabilios i considera que el tratamiento no se ajusta a la rela Fundación declarará a Hacienda las car	dos acerca del tratamiento. Finara gestionar las prestacione. Fundación. Asimismo, sus date ividades de la fundación, invitagio de Médicos Provincial al ión de los colegiados y a las Ace cumplimentación obligatoria eles se conservarán mientras piles derivadas de la finalidad y lad, supresión, limitación y operantiva vigente. Datos para intidades entregadas a sus	inalidad del tratamiento: los datos si que ofrece la FPSOMC y que son ros serán tratados para comunicarnos tación a eventos etc. Base de legitin que pertenezca con el fin de verificalministraciones Públicas para dar curya que resultan necesarios para po perdure la relación con el responsable del tratamiento. Derechos que asis desición, así como a presentar una recesarios calle Cedaceros si beneficiarios.	aportados por la selectrónicame nación: conseniar los extremos mplimiento a selectrónicame la los extremos en la los plazos esten al Interesa lamación ante os 10, 28014,	es solicitantes y, ente con Usted p timiento del inte s necesarios pa us obligaciones n la finalidad de tablecidos lega do: derecho a re la Autoridad de Madrid o dpo@	Vo de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación tra recibir la prestación fiscales. Obligación de l tratamiento. Criterios Imente y, en todo caso, etirar el consentimiento e control (www.aepd.es)
validez ustéd mismo responde, serán utilizados plas ayudas, para la consecución de los fines de la de la fundación que pudiera ser de su interés: act a terceros: sus datos serán comunicados al Cole concreta y de gestionar las solicitudes de prestact facilitar los datos: los campos requeridos son de de conservación de los datos: sus datos persona mientras no prescriban las posibles acciones lega en todo momento, acceso, rectificación, portabilio si considera que el tratamiento no se ajusta a la rela Fundación declarará a Hacienda las car	dos acerca del tratamiento. Fi para gestionar las prestacione. Fundación. Asimismo, sus data tividades de la fundación, invit egio de Médicos Provincial al ión de los colegiados y a las Ac e cumplimentación obligatoria ples se conservarán mientras p eles derivadas de la finalidad y lad, supresión, limitación y opo normativa vigente. Datos para ntidades entregadas a sus	inalidad del tratamiento: los datos si que ofrece la FPSOMC y que son ros serán tratados para comunicarnos tación a eventos etc. Base de legitin que pertenezca con el fin de verifica diministraciones Públicas para dar cu ya que resultan necesarios para po perdure la relación con el responsabla del tratamiento. Derechos que asis osición, así como a presentar una recu elercer sus derechos: calle Cedacen	aportados por la selectrónicame nación: conseniar los extremos der cumplir cor le, los plazos es ten al Interesa clamación ante os 10, 28014, de de	s solicitantes y, ente con Usted p timiento del inte s necesarios pa us obligaciona us obligaciona n la finalidad de tablecidos lega do: derecho a re la Autoridad de Madrid o dpo@	Vo de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación tra recibir la prestación fiscales. Obligación de l tratamiento. Criterios Imente y, en todo caso, etirar el consentimiento e control (www.aepd.es)



SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCION A LA DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD AUTONOMÍA PERSONAL – PRODUCTOS PARA EL CUIDADO PERSONAL.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- En caso de que la persona usuaria de la prestación se encuentre incapacitada judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Factura desglosada y detallada del producto adquirido.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

• Certificado de defunción del Socio Protector.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio
 y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.





Denominación: AUTONOMÍA PERSONAL - Adaptación del vehículo particular

Definición

Ayuda destinada a sufragar el gasto originado por la adaptación de vehículos particulares, para facilitar a la persona con discapacidad su conducción y/o acceso al vehículo para su conducción.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores que cuenten con baremo de movilidad reducida reconocido oficialmente en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad, encontrándose ellos mismos entre los conductores del vehículo.

Aportación

Hasta el **50** % del coste, con un tope máximo establecido por la Fundación para cada tipo de adaptación, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	50 % del coste
De 18.001 €/año hasta 25.000 €/año	25 % del coste
Más de 25.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

- El Socio Protector debe ser el titular del vehículo adaptado.
- Haber adaptado el vehículo durante el año de vigencia del Catálogo que recoge la ayuda.
- No tener cubierto el coste de la adaptación por otros organismos públicos o privados.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.

- Ficha Técnica del vehículo en la que se identifiquen las adaptaciones realizadas.
- Permiso de Circulación del vehículo, que acredite que el Socio Protector es el titular del vehículo.
- Permiso de conducir del Socio Protector, en el que se indiquen las adaptaciones que necesita el vehículo para su conducción.
- En caso de haber recibido subvención pública para la adaptación realizada, Resolución de dicha subvención y justificante del importe recibido.
- En caso de no haber recibido subvención pública, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Factura detallada y desglosada de la/s adaptación/es realizada/s.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCION A LA DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD AUTONOMÍA PERSONAL – ADAPTACIÓN DEL VEHÍCULO PARTICULAR.

Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médico	s de:			
Situación colegial como socio protector: Fecha de				ia:
Estar al corriente de sus aportaciones como socio				
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportacione	-			
Reclamación de la deuda:				5
_				
	NO. Motivo:			
	Firmado: El/La Se	ecretario/a General,		
Datos del beneficiario/a (socio protector):				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:			_ Nº: Piso:	C.P
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:	_ Móvil:	Correo Electrónico:		
N° IBAN ES				
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:			N°: Piso:	C.P
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:	_ Móvil:	Correo Electrónico:		
El/La Dr./Dra.:	11.1.1		1 1 1 1 11	
solicita que, previo a los trámites reglamentario peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclar				
absolutamente cierto.		4 6	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	4 · · · · · · · · · · · · ·
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda: _				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Grado de Dependencia:				
Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, adopte la Fundación, y declara que lo expuesto e			mación, los acuerdos	que para resolverla
La Fundación para la Protección Social de la Organizac			sable del tratamiento de l	os datos personales del
Interesado y le informa de los siguientes contenidos acer	ca del tratamiento. Final	l idad del tratamiento: los datos apo	ortados por Usted, de cuy	a exactitud, veracidad y
validez usted mismo responde, serán utilizados para gest las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundació				
de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades	de la fundación, invitació	ón a eventos etc. Base de legitimac i	ión: consentimiento del ini	teresado. Comunicación
a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de N concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los				
facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplin	nentación obligatoria ya	que resultan necesarios para poder	cumplir con la finalidad d	el tratamiento. Criterios
de conservación de los datos: sus datos personales se co mientras no prescriban las posibles acciones legales derivi				
en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supre				
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativo	a vigente. Datos para eje	rcer sus derechos: calle Cedaceros 1	10, 28014, Madrid o dpo(Dcgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las cantidade	s entregadas a sus b	eneficiarios.		
Firmado en		a de d	e	
	Firma del/	a solicitante,		



SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCION A LA DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD AUTONOMÍA PERSONAL – ADAPTACIÓN DEL VEHÍCULO PARTICULAR.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Ficha Técnica del vehículo en la que se identifiquen las adaptaciones realizadas.
- Permiso de Circulación del vehículo, que acredite que el Socio Protector es el titular del vehículo.
- Permiso de conducir del Socio Protector, en el que se indiquen las adaptaciones que necesita el vehículo para su conducción.
- En caso de haber recibido subvención pública para la adaptación realizada, Resolución de dicha subvención y justificante del importe recibido.
- En caso de no haber recibido subvención pública, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Factura detallada y desglosada de la/s adaptación/es realizada/s.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.





Denominación: AUTONOMÍA PERSONAL - Adquisición del vehículo particular adaptado

Definición

Ayuda destinada a sufragar el gasto originado por la adquisición de un vehículo adaptado para facilitar el desplazamiento de la persona con discapacidad, gravemente afectada.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores que cuenten con baremo de movilidad reducida reconocido oficialmente en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad, motivado por severas limitaciones en su movilidad, por las que es usuario permanente de silla de ruedas propulsada por una tercera persona y por las que pierden la capacidad para la conducción del vehículo, siendo necesario la adquisición de un nuevo vehículo de mayores dimensiones para poder realizar las adaptaciones necesarias que permitan su desplazamiento en el mismo.

Aportación

Hasta el **50 %** del coste, con un tope máximo de **10.500 €**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	50 % del coste
De 18.001 €/año hasta 25.000 €/año	25 % del coste
Más de 25.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

- El Socio Protector debe ser el titular del vehículo adquirido para su adaptación.
- Haber adquirido y adaptado el vehículo durante el año de vigencia del Catálogo que recoge la ayuda.
- No tener cubierto el coste de la adquisición por otros organismos públicos o privados.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF del Socio Protector.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.

- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Ficha Técnica del vehículo en la que se identifiquen las adaptaciones realizadas.
- Permiso de Circulación del vehículo, que acredite que el Socio Protector es el titular del vehículo.
- En caso de haber recibido subvención pública para la adaptación realizada, Resolución de dicha subvención y justificante del importe recibido.
- En caso de no haber recibido subvención pública, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Factura del vehículo adquirido, que especifique el modelo del vehículo.
- Factura detallada y desglosada de la/as adaptación/es realizada/s.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo *Composición Unidad Familiar Computable* cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCION A LA DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD AUTONOMÍA PERSONAL – ADQUISICIÓN DEL VEHÍCULO PARTICULAR ADAPTADO.

Datos del colegiado/a:						
N° de colegiado/a:			N.I.F.:			
Nombre y apellidos:						
Informe a emitir por el Colo	egio Oficial de Médicos	s de:				
Situación colegial como so	cio protector: Fecha de	alta:	Fecha de baja:	Mo	tivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus ap	portaciones como socio	protector: SÍ 🗆 🛚	NO □ (marcar lo que proce	eda)		
Si es moroso, indicar: Cuar	ntía de las aportacione	s pendientes:				
Recl	amación de la deuda: S	5Í. Especificar la recla	mación:			37
	- 1	NO. Motivo:				
		Firmado: El/La Se	cretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (s	ocio protector):					
Nombre y apellidos:	•					
N.I.F.:			Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:					Piso:	C.P
Población:			Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo						
N° IBAN ES			corred Erectronic			
IV IDAIVES						
Datos del tutor/a (en caso	de incapacidad legal):					
Nombre y apellidos:						
N.I.F.:			Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:				Nº:	Piso:	C.P
Población:			Provincia:			
		Móvil:	Correo Electrónic			
El/La Dr./Dra.:	ušmitas vaslamantavia	- la con concedida la	ayuda que proceda. Por el		. da avaavibis	
			que para resolverla adopte			
Nombre y apellidos del usu	uario/a de la ayuda:					
N.I.F.:	5/		Fecha de nacimiento:			
Grado de Dependencia:						
Por el mero hecho de sus adopte la Fundación, y dec			a, sin derecho a ulterior recl	lamación, lo	s acuerdos (que para resolverla
Interesado y le informa de los s validez usted mismo responde, las ayudas, para la consecución de la fundación que pudiera ser a terceros: sus datos serán col concreta y de gestionar las solic facilitar los datos: los campos de conservación de los datos: s mientras no prescriban las posi en todo momento, acceso, rectij	siguientes contenidos acen serán utilizados para gesti de los fines de la Fundació r de su interés: actividades municados al Colegio de Na titudes de prestación de los requeridos son de cumplin sus datos personales se co bles acciones legales deriva ficación, portabilidad, supre no se ajusta a la normativa Hacienda las cantidades	ca del tratamiento. Finali ionar las prestaciones qu n. Asimismo, sus datos se de la fundación, invitació dédicos Provincial al que colegiados y a las Admin nentación obligatoria ya q nservarán mientras perdu adas de la finalidad y del esión, limitación y oposició a vigente. Datos para ejel s entregadas a sus be		aportados por mitidas por lo electrónicame ación: consent r los extremos aplimiento a si los plazos es en al Interesal amación ante s 10, 28014, la	Usted, de cuyo s solicitantes y inte con Usted p timiento del into s necesarios po us obligaciones o la finalidad de tablecidos lega do: derecho a re la Autoridad de	exactitud, veracidad y /o de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación fiscales. Obligación de el tratamiento. Criterios Imente y, en todo caso, etirar el consentimiento control (www.aepd.es)
	Firmado en	, a	de	_ de		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCION A LA DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD AUTONOMÍA PERSONAL – ADQUISICIÓN DEL VEHÍCULO PARTICULAR ADAPTADO

Documentación a entregar – Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Ficha Técnica del vehículo en la que se identifiquen las adaptaciones realizadas.
- Permiso de Circulación del vehículo, que acredite que el Socio Protector es el titular del vehículo.
- En caso de haber recibido subvención pública para la adaptación realizada, Resolución de dicha subvención y justificante del importe recibido.
- En caso de no haber recibido subvención pública, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Factura del vehículo adquirido, que especifique el modelo del vehículo.
- Factura detallada y desglosada de la/as adaptación/es realizada/s.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.





Denominación: AUTONOMÍA PERSONAL - Ayuda para el uso de Trasporte Adaptado

Definición

Ayuda destinada a la adquisición de un servicio de transporte adaptado, que facilite el desplazamiento de ida y vuelta desde el domicilio hasta un Centro asistencial, no hospitalario.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

- Socios Protectores que cuenten con baremo de movilidad reducida reconocido oficialmente en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad, que asistan con regularidad a un Centro Diurno y/o un Centro Asistencial para recibir tratamientos relacionados con su situación de discapacidad, debiendo utilizar un servicio de transporte adaptado ante la imposibilidad de hacer uso del transporte público o ante la inexistencia de servicio de transporte en el Centro al que asiste.
- Socios Protectores con cónyuges o parejas de hecho que cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad, que asistan con regularidad a un Centro de Diurno y/o un Centro Asistencial para recibir tratamientos relacionados con su situación de discapacidad, debiendo utilizar un servicio de transporte adaptado ante la imposibilidad de hacer uso del transporte público o ante la inexistencia de servicio de transporte en el Centro al que asiste.
- Socios Protectores con hijos/as que cuenten con baremo de movilidad reducida oficialmente reconocido en su Reconocimiento de Grado de Discapacidad, que asistan con regularidad a un Centro de Diurno y/o un Centro Asistencial para recibir tratamientos relacionados con su situación de discapacidad, debiendo utilizar un servicio de transporte adaptado ante la imposibilidad de hacer uso del transporte público o ante la inexistencia de servicio de transporte en el Centro al que asiste. Además, los hijos/as deberán convivir con el Socio Protector, salvo en caso de separación legal o divorcio, siempre que convivan con el otro progenitor, y dependan económicamente del Socio Protector.

Aportación

Hasta el **50** % del coste, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	50 % del coste
De 18.001 €/año hasta 25.000 €/año	25 % del coste
Más de 25.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Certificado del centro al que asista la persona beneficiaria de la prestación en el que certifiquen que el centro carece de servicio de transporte.
- Factura de la empresa proveedora del servicio de transporte adaptado o del taxi adaptado con el que se realizan los desplazamientos.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.





Denominación: AUTONOMÍA PERSONAL - Ayuda para el uso de Trasporte Adaptado

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

<u>Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:</u>

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Certificado del centro al que asista la persona beneficiaria de la prestación en el que certifiquen que el centro carece de servicio de transporte.
- Factura de la empresa proveedora del servicio de transporte adaptado o del taxi adaptado con el que se realizan los desplazamientos.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto al 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD AUTONOMÍA PERSONAL – AYUDA PARA EL USO DE TRANSPORTE ADAPTADO.

Datos del colegiado/a:							
N° de colegiado/a:			. N.I.	F.:			
Nombre y apellidos:							
Informe a emitir por el Co	olegio Oficial de Médic	os de:					
Situación colegial como s	•				Mo	itivo de la bai	a:
Estar al corriente de sus	•						u
Si es moroso, indicar: Cu	·	•					
	clamación de la deuda	•					5
110	ciamación de la dedda	. Sii Especificar la rec	.iaiiiacio				
		NO. Motivo:					
		Firmado: El/La					
			Jee. eta.	ora derieral,			
Datos del beneficiario/a	(socio protector):						
Nombre y apellidos:	•						
N.I.F.:			For	ha de nacimiento:			
Dirección postal:				na de nacimiento.	-	Dico	CD
Población:							
				vincia:			
Teléfonos de contacto: Fi				Correo Electronico):		
N° IBAN ES							
Datos del tutor/a (en cas	o de incanacidad legal).					
Nombre y apellidos:	-						
			Гос	ha do nacimiento:			
N.I.F.: Dirección postal:			- Fed	ha de nacimiento:			
Población:				vincia:			
Teléfonos de contacto: Fi	Jo:	Movil:		Correo Electronico	D:		
El/La Dr./Dra.:							
solicita le sea concedida	la ayuda establecida p	or la Fundación, a cu	yo efect	y para su tramitación	reglamen	taria acompa	ıña los documentos
necesarios para (marcar	con una X lo que proce	da): Socio protector [⊐, cónyu	ge o pareja de hecho 🏻	o hijo/a 🛭	□.	
Nombre y apellidos del u	suario/a de la ayuda: _						
N.I.F.:			_ Fed	ha de nacimiento:			
Grado de Dependencia: _							
Por el mero hecho de su	uscribir esta propuesta	ı, el peticionario ace _l	pta, sin (derecho a ulterior recla	amación, lo	os acuerdos	que para resolverla
adopte la Fundación, y de	eclara que lo expuesto	es absolutamente ci	erto.				
La Fundación para la Protec							
Interesado y le informa de lo validez usted mismo respond							
las ayudas, para la consecució	ón de los fines de la Fundac	rión. Asimismo, sus datos	serán tra	tados para comunicarnos e	lectrónicame	ente con Usted j	para enviar informaciór
de la fundación que pudiera s a terceros: sus datos serán d							
concreta y de gestionar las so							
facilitar los datos: los campo	os requeridos son de cumpi	limentación obligatoria y	a que resi	ıltan necesarios para pode	r cumplir coi	n la finalidad de	l tratamiento. Criterio s
de conservación de los datos mientras no prescriban las po							
en todo momento, acceso, red	ctificación, portabilidad, sup	presión, limitación y opos	ición, así c	omo a presentar una reclai	mación ante	la Autoridad de	control (www.aepd.es
si considera que el tratamient	,		-		10, 28014,	Madrid o dpo@	Ocgcom.es.
La Fundación declarará a	Hacienda las cantidad	es entregadas a sus	beneficia	arios.			
	Fi 4-		_	4-	4.		
	rırmado en			de	ae		
		Firma de	I/a solici	tante.			





SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD AUTONOMÍA PERSONAL – AYUDA PARA EL USO DE TRANSPORTE ADAPTADO.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Si el Socio Protector se encuentra incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Discapacidad.
- Certificado del centro al que asista la persona beneficiaria de la prestación en el que certifiquen que el centro carece de servicio de transporte.
- Factura de la empresa proveedora del servicio de transporte adaptado o del taxi adaptado con el que se realizan los desplazamientos.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.



Prestaciones para la Dependencia - Discapacidad Solicitudes de Prórroga Anual





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**





SOLICITUD DE PRÓRROGA ANUAL – DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD.

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia del 1 de agosto al 31 de octubre 2023.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS:				
DENOMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN (Marca	ır lo que proceda):	TIPO DE USUARIO	O (Marcar lo que pro	oceda):
☐ Teleasistencia Domiciliaria (TAD).		☐ Socio Protec	ctor.	
☐ Atención en el Domicilio (SAD).		☐ Cónyuge o p	oareja de hecho/viud	do/a.
☐ Centro de Atención Diurna/Nocturna.		□ Hijo/a.		
☐ Centro Residencial.		☐ Beneficiario	/a.	
☐ Residencia Siglo XXI.				
□ Autonomía Personal - Ayuda para el us	so de Transporte Adaptado.			
D./Da (nombre y apellidos):				77
D./Dª (nombre y apellidos): con N.I.F.: de esta Fundación para la Protección Social	, al mantenerse las	mismas circunstancias que	dieron lugar a la p	rotección por parte
de esta Fundación para la Protección Social percibiendo, en la cuantía establecida para e	de la OMC, solicito me sea co el citado año.	ncedida una prórroga para e	l año 2024 en la pr	estación que vengo
Interesado y le informa de los siguientes contenidos validez usted mismo responde, serán utilizados para las ayudas, para la consecución de los fines de la Fur de la fundación que pudiera ser de su interés: activic a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio concreta y de gestionar las solicitudes de prestación facilitar los datos: los campos requeridos son de cu de conservación de los datos: sus datos personales mientras no prescriban las posibles acciones legales en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, si considera que el tratamiento no se ajusta a la non	a gestionar las prestaciones que ofra idación. Asimismo, sus datos serán t dades de la fundación, invitación a e o de Médicos Provincial al que perte de los colegiados y a las Administrac implimentación obligatoria ya que re se conservarán mientras perdure la derivadas de la finalidad y del trata. supresión, limitación y oposición, as mativa vigente. Datos para ejercer s	ece la FPSOMC y que son remitido ratados para comunicarnos electro ventos etc. Base de legitimación: enezca con el fin de verificar los ec- ciones Públicas para dar cumplimio esultan necesarios para poder cum relación con el responsable, los p miento. Derechos que asisten al l ficomo a presentar una reclamacio us derechos: calle Cedaceros 10, 2	as por los solicitantes y ónicamente con Usted p consentimiento del inte extremos necesarios pa iento a sus obligaciones mplir con la finalidad de olazos establecidos lega Interesado: derecho a re ión ante la Autoridad de	v/o de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación ara recibir la prestación fiscales. Obligación de el tratamiento. Criterios almente y, en todo caso, etirar el consentimiento e control (www.aepd.es)
La Fundación declarará a Hacienda las canti	dades entregadas a sus benefi	ciarios.		
Firmado en	, a	de de _		
	Firma del/a sol	citante,		
A rellenar sólo en caso de cambio de domici		rúscula):		
D./Da:				
Domicilio:				
Población:		rovincia:		
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	E-mail:		

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN SEGÚN EL TIPO DE PRESTACIÓN:

Para todas las prestaciones:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Para las prestaciones de Teleasistencia Domicilia (TAD), Centro Diurno/Nocturno, Centro Residencial y Residencia Siglo XXI, además:

Última factura de la empresa prestadora del servicio.

Para la prestación de Atención en el Domicilio (SAD), además:

• Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.

Para la prestación de Autonomía Personal – Ayuda para el uso de Transporte Adaptado, además:

- Certificado del centro al que asista la persona beneficiaria de la prestación en el que certifiquen que el centro carece de servicio de transporte, en caso de ser un centro diferente.
- Factura de la empresa proveedora del servicio de transporte adaptado o del taxi adaptado con el que se realizan los desplazamientos.





SOLICITUD DE PRÓRROGA SEMESTRAL – DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD.

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia antes del 31 de agosto (1º semestre) o antes del 28 de febrero (2º semestre).

COLEGIO OFICIAL DE MÉD	ICOS:					
DENOMINACIÓN DE LA PF	RESTACIÓN (Marcar lo que	e proceda):				
☐ Atención Temprana (0-6 años).					
☐ Tratamientos Especia						
La Fundación declarará a l	Hacienda las cantidades e	entregadas a sus benefi	ciarios.			
	Firmado en	, a	de	de		
		Firma del/a sol	icitante,			
D./Dª (nombre y apellidos):					
con N.I.F.:		, al mantenerse las	mismas circun	nstancias que dieron	lugar a la pro	tección por parte de
esta Fundación para la Pro	tección Social de la OMC,	solicito me sea concedi	da una prórrog	ga (semestral) en la p	restación que	e vengo percibiendo.
validez usted mismo responde las ayudas, para la consecución de la fundación que pudiera se a terceros: sus datos serán co concreta y de gestionar las soli facilitar los datos: los campos de conservación de los datos: mientras no prescriban las pos en todo momento, acceso, rect si considera que el tratamiento. La Fundación declarará a la	n de los fines de la Fundación. A er de su interés: actividades de omunicados al Colegio de Méci icitudes de prestación de los cos os requeridos son de cumplimer os sus datos personales se consibles acciones legales derivada tificación, portabilidad, supresiono se ajusta a la normativa ve	Asimismo, sus datos serán t e la fundación, invitación a e dicos Provincial al que perte olegiados y a las Administrad ntación obligatoria ya que re ervarán mientras perdure la as de la finalidad y del trata ón, limitación y oposición, as igente. Datos para ejercer s	ratados para con ventos etc. Base enezca con el fin ciones Públicas po esultan necesario relación con el re miento. Derechos cí como a present us derechos : call	nunicarnos electrónicam e de legitimación: conser de verificar los extremo para dar cumplimiento a s sos para poder cumplir co presponsable, los plazos e s que asisten al Intereso tar una reclamación ante	ente con Usted ntimiento del im os necesarios p sus obligacione: n la finalidad d stablecidos lego ado: derecho a r e la Autoridad d	para enviar información teresado. Comunicación ara recibir la prestación s fiscales. Obligación de lel tratamiento. Criterios almente y, en todo caso, retirar el consentimiento le control (www.aepd.es)
La i unuación deciarara a i						
	Firmado en	, a		de		
		Firma del/a sol	citante,			
A rellenar sólo en caso de	cambio de domicilio (cum					······································
D./Dª:				N°:	Diso	C.P.
Población:				IV :		
Tolófono fiio		olófono móvili	E maile			

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN:

Para todas las prestaciones:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Programa del tratamiento que recibe, especificando los objetivos y metodología del mismo, así como la frecuencia de sesiones.
- Facturas del tratamiento emitidas por el centro/centros responsables del mismo y en caso de percibir Prestación Económica Vinculada al Servicio reconocida, extracto semestral.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Para la prestación de Atención Temprana (0-6 años), además:

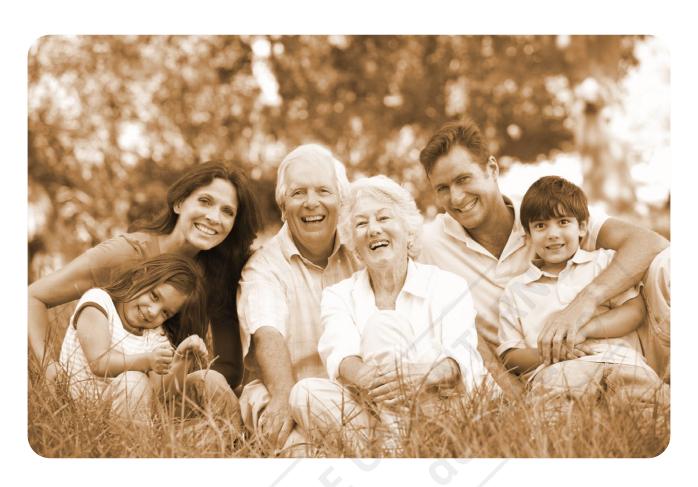
• Informe de evolución y seguimiento emitido por el centro/centros responsable/s del Tratamiento de Atención Temprana.

Para la prestación de Tratamientos Especiales (6-21 años), además:

- Informe clínico del especialista que especifique el diagnóstico y la justificación del tratamiento (prescripción facultativa).
- Si se cuenta con cobertura económica por parte del Seguro Escolar, Resolución administrativa de dicha cobertura.







Prestaciones para la Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**

PRESTACIONES PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- Atención en el Domicilio (SAD).
- Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Respiro del Cuidador.
- Centro Residencial.
- Residencia Siglo XXI.
- Apoyo Familiar en el Hogar.
- Apoyo Familiar Escuelas o Campamentos de Verano.



Denominación: TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD)

Definición

Ayuda destinada a la adquisición de un servicio prestado a través de dispositivos conectados a la línea fija o móvil, durante las 24 horas del día y los 365 días del año, que facilitan la atención personalizada del usuario/a, con el fin de detectar, prevenir e intervenir ante posibles situaciones de riesgo.

Este servicio, además, promueve la permanencia de la persona en su entorno habitual, ofreciendo compañía, seguridad e independencia, así como apoyo a los familiares que tienen a su cargo a una persona con discapacidad y/o dependencia, facilitando la conciliación personal, familiar y profesional del Socio Protector.

Se incluyen los dispositivos de localización.

Tipología Î

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores con progenitores que tengan, al menos 80 años, residan o no con el Socio Protector.

Aportación

Hasta **35 €/mes**.

Otros requisitos de acceso

- No padecer enfermedad mental o demencia.
- Disponer, el/los progenitor/es del Socio Protector, de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- En el momento de solicitar la prestación, se deberá contar con un Servicio de Teleasistencia Domiciliaria contratado.
- No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

El usuario/a de esta prestación es el progenitor del Socio Protector, pero la prestación se solicitará a nombre del Socio Protector, siendo éste el que recibirá, si procede, la cuantía de la misma.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.

- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- En caso de tener reconocido un Servicio de Teleasistencia Domiciliaria a través de Dependencia, Comunidad Autónoma o Ayuntamiento, Resolución Administrativa correspondiente a través de la cual se reconoce dicho servicio.
- Ultima factura de la empresa prestadora del servicio.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- Última factura de la empresa prestadora del servicio.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizados.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: anualmente desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL – TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD).

Datos del colegiado/a:	
N° de colegiado/a:	N.I.F.:
Nombre y apellidos:	
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:	
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:	Fecha de baja: Motivo de la baja:
Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector: SÍ 🗆	
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes:	
Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la recla	
·	
NO. Motivo:	
Firmado: El/La Se	ecretario/a General,
Datos del beneficiario/a (socio protector):	
Nombre y apellidos:	
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:
	N°: Piso: C.P.
Dirección postal:	
Población:	Provincia:
Teléfonos de contacto: Fijo:Móvil:	Correo Electrónico:
N° IBAN ES	• • •
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):	
Nombre y apellidos:	
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:
Dirección postal:	N°: Piso: C.P.
Población:	Provincia: N : PISU: C.P
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	Correo Electrónico:
releionos de contacto. Fijo Miovii	Correo Electronico.
El/La Dr./Dra.:	
	dre/madre, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña
los documentos necesarios.	
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:	
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:
Grado de Dependencia:	
	a, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla
adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cier	
	adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales de lidad del tratamiento: los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y
validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones qu	ue ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptores de
	erán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar informaciór ón a eventos etc. Base de legitimación: consentimiento del interesado. Comunicaciór
	on a eventos etc. Base de regitimación: consentimiento del interesado. Comunicación E pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Admir	nistraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. Obligación de
	que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. Criterio: lure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso
	tratamiento. Derechos que asisten al Interesado: derecho a retirar el consentimiento
	ión, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos para eje	, - 0
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus be	enericiarios.
Firmado en, a	a de de
	a solicitante,
Tima deli	





SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL – TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD).

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- En caso de tener reconocido un Servicio de Teleasistencia Domiciliaria a través de Dependencia, Comunidad Autónoma o Ayuntamiento, Resolución Administrativa correspondiente a través de la cual se reconoce dicho servicio.
- Última factura de la empresa prestadora del servicio.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- · Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.





Denominación: ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD)

Definición

Ayuda destinada a la adquisición de un servicio de atención en el propio domicilio al objeto de atender las necesidades de la vida diaria, promoviendo así la permanencia del usuario/a en su entorno habitual, así como facilitando la conciliación personal, familiar y profesional del Socio Protector.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo destinatario

Socios Protectores con progenitores que cuenten con un Grado I, II o III de dependencia, convivan o no con el Socio Protector.

Aportación

- PIA: Horas de Servicio de Atención en el Domicilio (SAD): El 30 % de las horas de SAD reconocidas, con un coste/hora de 10 €.
- PIA: Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF):
 - Incremento del 30 % sobre la cuantía reconocida.
- PIA: Prestación Vinculada al Servicio de Ayuda a Domicilio (PEVS):
 - Incremento del 30 % sobre la cuantía reconocida.

Otros requisitos de acceso

- Disponer, el/los progenitor/es del Socio Protector, de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- En caso de no contar con el reconocimiento de Grado de Dependencia por encontrarse pendiente de resolución, podrá solicitarse la ayuda aportando el justificante de su solicitud, previa valoración por parte del Servicio de Atención Social de la Fundación.
- En el momento de solicitar la prestación, se deberá contar con un Servicio de Ayuda a Domicilio contratado, bien a través de Empresa de Servicios, o bien a través de cuidadores profesionales o no profesionales.
- No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

El usuario/a de esta prestación es el progenitor del Socio Protector, pero la prestación se solicitará a nombre del Socio Protector, siendo éste el que recibirá, si procede, la cuantía de la misma.

Documentación requerida

1° Ayuda.

Con carácter general:

 Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector

- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención (PIA), Declaración Jurada que lo haga constar.
- Justificante del servicio de ayuda a domicilio del que dispone.
 - Empresa de Servicios: Contrato firmado con la empresa o última factura emitida por la empresa.
 - Contratación de cuidadores profesionales y/o no profesionales: Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL – ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD).

Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Méd	icos de:			
Situación colegial como socio protector: Fecha	ı de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la ba	ja:
Estar al corriente de sus aportaciones como s	ocio protector: SÍ 🗆	NO ☐ (marcar lo que proced	la)	
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportacio	•			
Reclamación de la deud	•			
				25
	NO. Motivo:			
	Firmado: El/La S	ecretario/a General,		
Datos del beneficiario/a (socio protector):				
Nombre y apellidos:				
, ,		Fecha de nacimiento:		
N.I.F.:		recha de hacimiento:		
Dirección postal:				
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:		Correo Electrónico	:	
N° IBAN ES		$-\infty$		
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad lega	all.			
Nombre y apellidos:	-			
N.I.F.:		Fasha da nasimiento		
Dirección postal:			N°: Piso:	
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:	Movil:	Correo Electronico	·	
El/La Dr./Dra.:				
solicita le sea concedida la ayuda establecida p	oor la Fundación para p	adre/madre, a cuyo efecto y pa	ra su tramitación regla	mentaria acompaña
los documentos necesarios.				
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Grado de Dependencia:				
Por el mero hecho de suscribir esta propues adopte la Fundación, y declara que lo expuest			ımación, los acuerdos	que para resolverla
La Fundación para la Protección Social de la Organi	•			,
Interesado y le informa de los siguientes contenidos o validez usted mismo responde, serán utilizados para s				
las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundo	ación. Asimismo, sus datos :	serán tratados para comunicarnos el	lectrónicamente con Usted _l	para enviar información
de la fundación que pudiera ser de su interés: activida a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio d				
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de				
facilitar los datos: los campos requeridos son de cum				
de conservación de los datos: sus datos personales su mientras no prescriban las posibles acciones legales d	,	, ,	,	,,
en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, s	, , ,			
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normo			10, 28014, Madrid o dpo@	ปcgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las cantida	des entregadas a sus t	peneticiarios.		
Firmado en		a de o	de	
		/a solicitante,		
		·,		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL – ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD).

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector
- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención (PIA), Declaración Jurada que lo haga constar
- Justificante del servicio de ayuda a domicilio del que dispone.
 - Empresa de Servicios: Contrato firmado con la empresa o última factura emitida por la empresa.
 - Contratación de cuidadores profesionales y/o no profesionales: Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.



Denominación CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste de una plaza en un Centro de Atención Diurna/Nocturna, promoviendo así la permanencia del usuario en su entorno habitual, así como facilitando la conciliación personal, familiar y profesional del Socio Protector.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores con progenitores que cuenten con, al menos, un Grado II de Dependencia, que sean usuarios de un Centro de Atención Diurna/Nocturna.

Aportación

Incremento del **30 %** sobre la cuantía de cobertura establecida en el Programa Individual de Atención (PIA).

Otros requisitos de acceso

- Disponer, el/los progenitor/es del Socio Protector, de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- En el momento de solicitar la prestación, se deberá ser usuario/a de un Centro de Atención Diurna/ Nocturna.
- No tener cubierto el coste del servicio por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

El usuario/a de esta prestación es el progenitor del Socio Protector, pero la prestación se solicitará a nombre del Socio Protector, siendo éste el que recibirá, si procede, la cuantía de la misma.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia y Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).

- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Última factura emitida por el Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo *Composición Unidad Familiar Computable* cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- Última factura emitida por el Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: anualmente desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA.

Datos del colegiado/a:					
N° de colegiado/a:		N.I.F.:			
Nombre y apellidos:					
Informe a emitir por el Cole	egio Oficial de Médicos de:				
Situación colegial como so	cio protector: Fecha de alta:	Fecha de baja:	Mo	tivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus ap	ortaciones como socio protector:	sí □ NO □ (marcar lo que	e proceda)		
Si es moroso, indicar: Cuar	itía de las aportaciones pendientes: .	·			
	amación de la deuda: SÍ. Especificar l		/_0-		51
		/			
	NO. Motivo:				
	Firmado: E	I/La Secretario/a General,			
Datos del beneficiario/a (s	ocio protector):				
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimien	nto:		
Dirección postal:			N°:	Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo	:Móvil:	Correo Ele	ctrónico:		
N° IBAN ES					
Datos del tutor/a (en caso					
Nombre y apellidos:					
N.I.F.:		Fecha de nacimien			
Dirección postal:		, /	N°:	Piso:	C.P
Población:		Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo	: Móvil:	Correo Ele	ctrónico:		
El/La Da /Daa					
El/La Dr./Dra.: solicita le sea concedida la	ayuda establecida por la Fundación p	ara padre/madre, a cuvo efe	cto v para su tram	itación reglar	mentaria acompaña
los documentos necesarios		, ,	, ,	Ü	,
Nombre y apellidos del usu	ıario/a de la ayuda:				
N.I.F.:		Fecha de nacimien	nto:		
Grado de Dependencia:					
	ibir esta propuesta, el solicitante ace lo expuesto es absolutamente cierto		clamación, los acu	erdos que par	ra resolverla adopte
La Fundación para la Proteccio Interesado y le informa de los s validez usted mismo responde, las ayudas, para la consecución de la fundación que pudiera ser a terceros: sus datos serán cor concreta y de gestionar las solic facilitar los datos: los campos de conservación de los datos: s mientras no prescriban las posid en todo momento, acceso, rectif si considera que el tratamiento	fon Social de la Organización Médica Colegiquientes contenidos acerca del tratamient serán utilizados para gestionar las prestaci de los fines de la Fundación. Asimismo, sus de su interés: actividades de la fundación, nunicados al Colegio de Médicos Provincia itudes de prestación de los colegiados y a la requeridos son de cumplimentación obligat sus datos personales se conservarán miento ples acciones legales derivadas de la finalidáricación, portabilidad, supresión, limitación y no se ajusta a la normativa vigente. Datos paccienda las cantidades entregadas a	gial (en adelante, "FPSOMC"), es la tro. Finalidad del tratamiento: los iones que ofrece la FPSOMC y qua datos serán tratados para comun invitación a eventos etc. Base de d al que pertenezca con el fin de la Administraciones Públicas para oria ya que resultan necesarios para para perdure la relación con el respa d y del tratamiento. Derechos qua coposición, así como a presentar o para ejercer sus derechos: calle Co	datos aportados por e son remitidas por lo icarnos electrónicame legitimación: consen verificar los extremo. dar cumplimiento a s ara poder cumplir co onsable, los plazos es ue asisten al Interesa una reclamación ante	Usted, de cuyo os solicitantes y ente con Usted p timiento del inti- s necesarios po- cus obligaciones n la finalidad de tablecidos lega do: derecho a ru la Autoridad de	n exactitud, veracidad y v/o de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación rar recibir la prestación e fiscales. Obligación de el tratamiento. Criterios inmente y, en todo caso, etirar el consentimiento e control (www.aepd.es)
	F: 1				
	Firmado en	, a de na del/a solicitante	ae		
	FIRM	IA CIPIZA SOUCII ADTA			



SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA.

Documentación a entregar – Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia y Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado Dependencia, justificante de su solicitud.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Última factura emitida por el Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.





Denominación: RESPIRO DEL CUIDADOR

Definición

Ayuda destinada a la contratación de cuidadores profesionales o residencias temporales con el objeto de facilitar al cuidador o cuidadora principal de la persona dependiente y/o con discapacidad momentos de descanso, evitando situaciones de sobrecarga, facilitando la conciliación personal, familiar y profesional del Socio Protector.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores que ejerzan de cuidador principal de sus progenitores con un grado de discapacidad igual o superior al 65 % y/o un Grado II o III de Dependencia, que, además, convivan con el Socio Protector y se encuentren empadronados en el mismo domicilio.

Aportación

Hasta **547 €** para un periodo máximo de 30 días al año.

Otros requisitos de acceso

- Disponer, el/los progenitor/es del Socio Protector, de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- En caso de contratación de cuidadores profesionales, éstos deben estarlo a través de una Empresa de Servicios, o bien de manera particular, en cuyo caso, deberán estar en situación de Alta en la Seguridad Social.
- No tener cubierto el coste del cuidador profesional o del Centro Residencial por otros organismos públicos o privados.
- El Socio Protector relacionado tendrá que haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

El usuario/a de esta prestación es el progenitor del Socio Protector, pero la prestación se solicitará a nombre del Socio Protector, siendo éste el que recibirá, si procede, la cuantía de la misma.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.

- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Certificado de empadronamiento colectivo del Socio Protector, donde su progenitor o progenitores deberán constar.
- En caso de contratación de recurso residencial:
 - Contrato de ingreso en el recurso residencial y última factura emitida por la Residencia.
 - Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA) y justificante bancario del ingreso de la Prestación Vinculada al Servicio, en caso de tener reconocida esta prestación económica para uso de Residencias Temporales.
- En caso de contratación de cuidadores profesionales de manera particular:
 - Contrato de trabajo del cuidador profesional y justificante de Alta en la Seguridad Social.
- En caso de contratación de cuidadores profesionales a través de Empresa de Servicios:
 - Última factura emitida por la empresa.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – RESPIRO DEL CUIDADOR.

Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Mé	dicos de:			
Situación colegial como socio protector: Fech	na de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la ba	ja:
Estar al corriente de sus aportaciones como				
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportac	iones pendientes:			
Reclamación de la deu	da: Sĺ. Especificar la rec	:lamación:		5
	NO. Motivo:		VC	
	Firmado: El/La !	Secretario/a General,		
Datos del beneficiario/a (socio protector):				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:			_ Nº: Piso:	C.P
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electrónico:		
N° IBAN ES				
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad leg				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:			_ Nº: Piso:	C.P
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:	Correo Electrónico:	:	
El/La Dr./Dra.:solicita le sea concedida la ayuda establecida	por la Fundación para n	nadre/madre, a cuvo efecto v par	 ra su tramitación regla	mentaria acompaña
los documentos necesarios.	. por ia i anadeion para p	raurer maare, a eayo ereeto y par	a sa transitation regia	pana
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayud	a:			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Grado de Dependencia:				
Por el mero hecho de suscribir esta propuesta	a, el solicitante acepta, s	sin derecho a ulterior reclamació	n, los acuerdos que pa	ra resolverla adopte
la Fundación, y declara que lo expuesto es ab	osolutamente cierto.			•
La Fundación para la Protección Social de la Organ				
Interesado y le informa de los siguientes contenidos validez usted mismo responde, serán utilizados para				
las ayudas, para la consecución de los fines de la Fun	dación. Asimismo, sus datos	serán tratados para comunicarnos ele	ectrónicamente con Usted	para enviar información
de la fundación que pudiera ser de su interés: activid a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio				
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación d	de los colegiados y a las Adn	ninistraciones Públicas para dar cumpl	limiento a sus obligacione:	s fiscales. Obligación de
facilitar los datos: los campos requeridos son de cui de conservación de los datos: sus datos personales				
mientras no prescriban las posibles acciones legales				
en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad,				
si considera que el tratamiento no se ajusta a la norm		•	10, 280 14, Ividaria o apolo	wcgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las cantic	iades entregadas a sus	Deneticiarios.		
Firmado en		, a de d	le	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		l/a solicitante,		
	riiiid üe	i/ a Julicitatite,		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – RESPIRO DEL CUIDADOR

Documentación a entregar – Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Certificado de empadronamiento colectivo del Socio Protector, donde su progenitor o progenitores deberán constar.
- En caso de contratación de recurso residencial:
 - Contrato de ingreso en el recurso residencial y última factura emitida por la Residencia.
 - Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA) y justificante bancario del ingreso de la Prestación Vinculada al Servicio, en caso de tener reconocida esta prestación económica para uso de Residencias Temporales.
- En caso de contratación de cuidadores profesionales de manera particular:
- Contrato de trabajo del cuidador profesional y justificante de Alta en la Seguridad Social.
- En caso de contratación de cuidadores profesionales a través de Empresa de Servicios:
 - Última factura emitida por la empresa.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.



Denominación: CENTRO RESIDENCIAL

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste de una plaza residencial ocupada por progenitores del Socio Protector, facilitando la conciliación personal, familiar y profesional del Socio Protector.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores con progenitores que se encuentren ocupando una plaza residencial y, además, cuenten con un Grado III de dependencia.

Aportación

Hasta **547 €/mes**, con un mínimo de **122 €/mes**.

Otros requisitos de acceso

- Disponer, el/los progenitor/es del Socio Protector, de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- Dedicar, al menos, el 80 % de la Renta Per Cápita de la UFC al pago de la plaza residencial, una vez descontadas, si procede, las subvenciones de otros organismos públicos.
- El Socio Protector relacionado tendrá que haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

El usuario/a de esta prestación es el progenitor del Socio Protector, pero la prestación se solicitará a nombre del Socio Protector, siendo éste el que recibirá, si procede, la cuantía de la misma.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia y Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.

- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Contrato de ingreso en el Centro Residencial y última factura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- Última factura emitida por el centro residencial.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: anualmente desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – CENTRO RESIDENCIAL.

Datos del colegiado/a:	
N° de colegiado/a:	N.I.F.:
Nombre y apellidos:	
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:	
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:	Fecha de baja: Motivo de la baja:
Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector: S	
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes: _	
Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la	
	/ .(\)
NO. Motivo:	
Firmado: El.	/La Secretario/a General,
Datos del beneficiario/a (socio protector):	
Nombre y apellidos:	
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:
Dirección postal:	N°: Piso: C.P
Población:	
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	
N° IBAN ES	
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):	
Nombre y apellidos:	
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:
Dirección postal:	N°: Piso: C.P
Población:	Provincia:
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	Correo Electrónico:
El/La Dr./Dra.:	ara padre/madre, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña
los documentos necesarios.	and padre, madre, a cayo crecto y para sa tramitación regiamentana acompana
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:	
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:
Grado de Dependencia:	
Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario	acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla
adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutament	
	ial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del
	o. Finalidad del tratamiento: los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y ones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptores de
las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus a	latos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar información
	nvitación a eventos etc. Base de legitimación: consentimiento del interesado. Comunicación al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación
	al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación 5 Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. Obligación de
facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplimentación obligato	ria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. Criterios
	as perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, d y del tratamiento. Derechos que asisten al Interesado: derecho a retirar el consentimiento
	oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es)
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos p e	ara ejercer sus derechos: calle Cedaceros 10, 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a	sus beneficiarios.
Firmado en	, a de
	a del/a solicitante,





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – CENTRO RESIDENCIAL.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Resolución Administrativa completa del Reconocimiento de Grado de Dependencia y Resolución Administrativa completa del Programa Individual de Atención (PIA).
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, del Reconocimiento de Grado de Dependencia, justificante de su solicitud.
- En caso de no disponer, en el momento de solicitar la prestación, de la Resolución Administrativa del Programa Individual de Atención, Declaración Jurada que lo haga constar.
- Contrato de ingreso en el Centro Residencial y última factura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.



Denominación: RESIDENCIA SIGLO XXI

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste de una plaza en la Residencia Siglo XXI, ocupada por progenitores del Socio Protector, facilitando la conciliación personal, familiar y profesional del Socio Protector.

Tipología

Prestación económica de carácter mensual y renovable anualmente.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores con progenitores que se encuentren ocupando una plaza en la Residencia Siglo XXI.

Aportación

Hasta 547 €/mes, con un mínimo de 122 €/mes.

Otros requisitos de acceso

- Disponer, el/los progenitor/es del Socio Protector, de una Renta Per Cápita en la Unidad Familiar Computable inferior a 42.823,34 €.
- Dedicar, al menos, el 80 % de la Renta Per Cápita de la UFC al pago de la plaza residencial, una vez descontadas, si procede, las subvenciones de otros organismos públicos.
- El Socio Protector relacionado tendrá que haberlo sido durante, al menos, 10 años ininterrumpidos.

Criterios a tener en cuenta

El usuario/a de esta prestación es el progenitor del Socio Protector, pero la prestación se solicitará a nombre del Socio Protector, siendo éste el que recibirá, si procede, la cuantía de la misma.

Documentación requerida

1ª Ayuda.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y Programa Individual de Atención (PIA), Resoluciones Administrativas completas de los progenitores del Socio Protector.
- Contrato de ingreso en el Centro Residencial y última factura.

 Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Renovaciones de ayuda

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- Última factura emitida por el centro residencial.
- Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC actualizada.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Renovación: anualmente desde el 1 de agosto hasta el 31 de octubre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – RESIDENCIA SIGLO XXI.

Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médio				
Situación colegial como socio protector: Fecha	de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la baj	a:
Estar al corriente de sus aportaciones como so	cio protector: SÍ 🗆 N	IO □ (marcar lo que proced	a)	
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportacion				
Reclamación de la deuda	a: Sl. Especificar la reclar	nación:		5
			Y	
	Firmado: El/La Sed	cretario/a General,		
5 6				
Datos del beneficiario/a (socio protector):				
Nombre y apellidos:		Frake de masiminate		
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:			_ N°: Piso:	
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:		Correo Electrónico:	;	
N° IBAN ES		-:0/		
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal	1).			
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:	3 70		_ Nº: Piso:	
Población:				
Teléfonos de contacto: Fijo:				
releionos de contacto. Fijo.	IVIOVII.	Correo Electronico.	·	
El/La Dr./Dra.:				
solicita le sea concedida la ayuda establecida po los documentos necesarios.	or la Fundación para pad	re/madre, a cuyo efecto y par	a su tramitación reglar	nentaria acompaña
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Grado de Dependencia:				
Por el mero hecho de suscribir esta propuesta adopte la Fundación, y declara que lo expuesto			mación, los acuerdos o	que para resolverla
La Fundación para la Protección Social de la Organiza Interesado y le informa de los siguientes contenidos ac				
validez usted mismo responde, serán utilizados para ge	estionar las prestaciones que	e ofrece la FPSOMC y que son rem	nitidas por los solicitantes y	o de los receptores de
las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundac de la fundación que pudiera ser de su interés: actividad				
a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de	e Médicos Provincial al que p	pertenezca con el fin de verificar la	los extremos necesarios pa	ra recibir la prestación
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de l facilitar los datos: los campos requeridos son de cump				
de conservación de los datos: sus datos personales se	conservarán mientras perdu	re la relación con el responsable, la	os plazos establecidos lega	lmente y, en todo caso,
mientras no prescriban las posibles acciones legales de en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, su				
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normat				
La Fundación declarará a Hacienda las cantidad	des entregadas a sus bei	neficiarios.		
		4-	.	
Firmado en		de d	ıe	
	Firma del/a	solicitante,		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL – RESIDENCIA SIGLO XXI.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- NIF del progenitor del Socio Protector, usuario/a de la prestación.
- Si cuentan con Reconocimiento de Grado de Dependencia y Programa Individual de Atención (PIA), Resoluciones Administrativas completas de los progenitores del Socio Protector.
- Contrato de ingreso en el Centro Residencial y última factura.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC) de los Progenitores del Socio Protector:

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC de los Progenitores del Socio Protector:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.



Denominación: APOYO FAMILIAR EN EL HOGAR

Definición

Ayuda destinada a compensar los gastos originados por la contratación de un servicio de canguro puntual para atender las necesidades de acompañamiento a menores de hasta 12 años, ante situaciones imprevistas de los progenitores motivadas por sus obligaciones profesionales o surgidas durante su jornada laboral, no pudiendo eludir sus obligaciones profesionales, facilitando la conciliación personal, familiar y profesional del Socio Protector.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores con hijos/as de hasta 12 años a su cargo, que contraten un servicio de canguro de manera puntual.

Aportación

Hasta el **50** % del coste, con un tope máximo de **8 €/ hora**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
De 40.001 €/año hasta 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

- En caso de que el menor tenga un segundo progenitor, será indispensable que éste también se encuentre en su puesto de trabajo y no pueda eludir sus obligaciones profesionales, en el momento de darse la situación imprevista.
- La persona que ejerza como canguro del menor no podrá ser un familiar del menor de hasta el segundo grado de consanguinidad.

Criterios a tener en cuenta

- Las unidades familiares formadas por dos progenitores con uno o más hijos menores de 12 años, podrá solicitar hasta un máximo de 40 horas/año.
- Las unidades familiares monoparentales, numerosas y/o con uno o más hijos con discapacidad, podrán solicitar hasta un máximo de 80 horas/año.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- Justificante laboral de la jornada realizada del Socio Protector o de ambos progenitores, según proceda.
- En caso de haber contratado de manera particular a la persona que ha ejercido de canguro:
 - Anexo Recibo Servicio de Canguro y DNI/NIE de la persona contratada.
- En caso de haber contratado a la persona que ha ejercido como canguro a través de un Empresa:
 - Factura emitida por la empresa.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC. (No aplicable a los Socios Protectores y Viudos/as de Socios Protectores beneficiarios de la Fundación):

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL – APOYO FAMILIAR EN EL HOGAR.

Datos del colegiado/a:			
N° de colegiado/a:		N.I.F.:	
Nombre y apellidos:			
Informe a emitir por el Colegio Oficial de M	édicos de:		
Situación colegial como socio protector: Fed	cha de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la baja:
Estar al corriente de sus aportaciones como	o socio protector: SÍ 🗆	NO □ (marcar lo que prod	ceda)
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aporta	iciones pendientes:		
•	euda: Sĺ. Especificar la rec		
	NO. Motivo:		
	Firmado: El/La	Secretario/a General,	
Datos del beneficiario/a (socio protector):			
Nombre y apellidos:			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:	
Dirección postal:			N°: Piso: C.P
•			
Población: Teléfonos de contacto: Fijo:			ico:
N° IBAN ES		Correo Electron	ico:
IN IBAN ES		30/	
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad l	egal):		
Nombre y apellidos:			
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:	
Dirección postal:			N°: Piso: C.P
Población:			
Teléfonos de contacto: Fijo:	Móvil:		ico:
El/La Dr./Dra.:			
solicita le sea concedida la ayuda estableci necesarios para su hijo/a:	da por la Fundación, a cu	ıyo efecto y para su tramitaci	ión reglamentaria acompaña los documentos
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayu	day		
N.I.F.:			
Grado de Dependencia:		_ Fecha de nacimiento: _	
adopte la Fundación, y declara que lo expue			clamación, los acuerdos que para resolverla
1 '1			ponsable del tratamiento de los datos personales del
Interesado y le informa de los siguientes contenido	os acerca del tratamiento. Fin	nalidad del tratamiento: los datos	s aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y
			remitidas por los solicitantes y/o de los receptores de la electrónicamente con Usted para enviar información
, ,		•	mación: consentimiento del interesado. Comunicación
			car los extremos necesarios para recibir la prestación
			ımplimiento a sus obligaciones fiscales. Obligación de oder cumplir con la finalidad del tratamiento. Criterios
de conservación de los datos: sus datos personale	s se conservarán mientras pe	erdure la relación con el responsabl	le, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso,
, ,	, ,	•	s ten al Interesado: derecho a retirar el consentimiento clamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es)
si considera que el tratamiento no se ajusta a la no			
La Fundación declarará a Hacienda las cant	idades entregadas a sus	beneficiarios.	
Firmado en		, a de	de
	Firma de	el/a solicitante,	





SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL – APOYO FAMILIAR EN EL HOGAR.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- Justificante laboral de la jornada realizada del Socio Protector o de ambos progenitores, según proceda.
- En caso de haber contratado de manera particular a la persona que ha ejercido de canguro:
 - Anexo Recibo Servicio de Canguro y DNI/NIE de la persona contratada.
- En caso de haber contratado a la persona que ha ejercido como canguro a través de un Empresa:
 - Factura emitida por la empresa.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC. (No aplicable a los Socios Protectores y Viudos/as de Socios Protectores beneficiarios de la Fundación):

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.





Denominación: APOYO FAMILIAR - ESCUELAS O CAMPAMENTOS DE VERANO

Definición

Ayuda destinada a sufragar los gastos originados por la asistencia a campamentos urbanos, campamentos con pernocta y escuelas de verano, durante las vacaciones escolares de verano, cuando ambos progenitores se encuentren trabajando.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

Socios Protectores con hijos/as de hasta 12 años a su cargo, que, asistan a una escuela de verano, campamento con pernocta o campamento urbano.

Aportación

Hasta el **50 %** del coste, con un tope máximo de **300 €**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	50 % del coste
De 18.001 €/año hasta 25.000 €/año	25 % del coste
Más de 25.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

En caso de que el menor tenga un segundo progenitor, será indispensable que éste también se encuentre en su puesto de trabajo durante el periodo en el que se desarrolla el campamento o durante el periodo de asistencia a la escuela de verano objeto de la solicitud de la prestación.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- Certificado de la empresa del Socio Protector y del segundo progenitor, si procede, en el que certifiquen que se han encontrado en activo durante el periodo en el que el menor ha asistido al campamento o escuela de verano.
- Programa/folleto informativo del campamento o escuela de verano a la que ha asistido el menor.

- Certificado de la Entidad/Empresa responsable del campamento o escuela de verano que haga constar la asistencia del menor y el periodo de la asistencia.
- Factura emitida por la Entidad/Empresa responsable del campamento o escuela de vacaciones.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC. (No aplicable a los Socios Protectores y Viudos/as de Socios Protectores beneficiarios de la Fundación):

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC:
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Solicitudes

- Plazo: en el mes de septiembre.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad





SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL APOYO FAMILIAR – ESCUELAS O CAMPAMENTOS DE VERANO.

Datos dei colegiado/a:			
N° de colegiado/a:	N.I.F.:		
Nombre y apellidos:			
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:			
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la baja	a:
Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector: SÍ 🗆	NO ☐ (marcar lo que proce	da)	
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes:			
Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la recl			5
NO. Motivo:			
Firmado: El/La S	Secretario/a General,		
Datos del beneficiario/a (socio protector):			
Nombre y apellidos:	A V A V I I I		
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:		N°: Piso:	
Población:		/	
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	Correo Electrónic	0:	
N° IBAN ES			
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):			
Nombre y apellidos:	/		
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:		N°: Piso:	
Población:			
Teléfonos de contacto: Fijo: Móvil:	Correo Electrónic	0:	
FI			
El/La Dr./Dra.:solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuy	vo efecto v nara su tramitación	n reglamentaria acompa	ña los documentos
necesarios para su hijo/a:	o creeto y para sa trainitació.	eg.aea acompa	
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:			
N.I.F.:	Fecha de nacimiento:		
Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acep			
adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cie		,	
La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en	adelante, "FPSOMC"), es la Respoi	nsable del tratamiento de los	s datos personales del
Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. Finc			
validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones q las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos :			
de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitac			
a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al qu			
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Adm facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria y			
de conservación de los datos: sus datos personales se conservarán mientras per			
mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y de			
en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposi			
SI CONSIDERA QUE El tratamiento no se giusta a la normativa vigente. Datos nara el		,	-0
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos para ej			
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos para ej La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus b			
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus b	peneficiarios.	de	
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus b	peneficiarios.	de	





SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL APOYO FAMILIAR – ESCUELAS O CAMPAMENTOS DE VERANO.

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada por el Socio Protector.
- NIF del Socio Protector.
- Certificado de la empresa del Socio Protector y del segundo progenitor, si procede, en el que certifiquen
 que se han encontrado en activo durante el periodo en el que el menor ha asistido al campamento o
 escuela de verano.
- Programa/folleto informativo del campamento o escuela de verano a la que ha asistido el menor.
- Certificado de la Entidad/Empresa responsable del campamento o escuela de verano que haga constar la asistencia del menor y el periodo de la asistencia.
- Factura emitida por la Entidad/Empresa responsable del campamento o escuela de vacaciones.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación (Socio Protector).

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- · Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC. (No aplicable a los Socios Protectores y Viudos/as de Socios Protectores beneficiarios de la Fundación):

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Prestaciones para la Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional Solicitud de Prórroga Anual





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**





SOLICITUD DE PRÓRROGA ANUAL – CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia del 1 de agosto al 31 de octubre 2023.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS:					
DENOMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN (Marcar ☐ Teleasistencia Domiciliaria (TAD).	lo que proceda):		DE USUARIO: radres.		
□ Atención en el Domicilio (SAD). □ Centro de Atención Diurna/Nocturna.					
□ Centro Residencial. □ Residencia Siglo XXI.					
D./Dª (nombre y apellidos): con N.I.F.: de esta Fundación para la Protección Social d percibiendo, en la cuantía establecida para el o	, al manteners le la OMC, solicito me se citado año.	e las mismas circunst a concedida una prór i	ancias que diero oga para el año	ın lugar a la p 2023 en la pr	protección por parte estación que vengo
La Fundación para la Protección Social de la Organa Interesado y le informa de los siguientes contenidos o validez usted mismo responde, serán utilizados para g las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundi de la fundación que pudiera ser de su interés: activida a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio o concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de facilitar los datos: los campos requeridos son de cum de conservación de los datos: sus datos personales s mientras no prescriban las posibles acciones legales d en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, s si considera que el tratamiento no se ajusta a la norma	acerca del tratamiento. Finali gestionar las prestaciones qu lación. Asimismo, sus datos se ides de la fundación, invitació de Médicos Provincial al que e los colegiados y a las Admin nplimentación obligatoria ya q de conservarán mientras perdi lerivadas de la finalidad y del supresión, limitación y oposicio	dad del tratamiento: los e ofrece la FPSOMC y que vrán tratados para comuni n a eventos etc. Base de pertenezca con el fin de istraciones Públicas para que resultan necesarios po ure la relación con el respo tratamiento. Derechos que fon, así como a presentar u	datos aportados por la son remitidas por la carnos electrónicam legitimación: consel verificar los extrema dar cumplimiento a la carnos de cumplir consable, los plazos e e asisten al Interesina ción anteresina con conscion anteresidad con consellado e la casisten al Interesina reclamación anteresidas por la consellado e la casisten al Interesina reclamación anteresidad e con carnos estados por la casisten al Interesina reclamación anteresidad e con carnos	or Usted, de cuyo los solicitantes y nente con Usted _l ntimiento del int os necesarios pe sus obligaciones on la finalidad de establecidos lego ado: derecho a r e la Autoridad de	a exactitud, veracidad y v/o de los receptores de para enviar información eresado. Comunicación ara recibir la prestación a fiscales. Obligación de el tratamiento. Criterios almente y, en todo caso, etirar el consentimiento e control (www.aepd.es)
La Fundación declarará a Hacienda las cantida	ades entregadas a sus be	neficiarios.			
Firmado en	, a Firma del/a	dede	de		
A rellenar sólo en caso de cambio de domicilio D./Dª:	o (cumplimentar en letra	mayúscula):			
Domicilio:			N°:	Piso:	C.P
Población: Teléfono fijo:		Provincia:			
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	E-mail:			

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN SEGÚN EL TIPO DE PRESTACIÓN:

Para todas las prestaciones:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la LIEC

Para las prestaciones de Teleasistencia Domicilia (TAD), Centro Diurno/Nocturno, Centro Residencial y Residencia Siglo XXI, además:

• Última factura de la empresa prestadora del servicio.

Para la prestación de Atención en el Domicilio (SAD), además:

Anexo justificativo del Servicio de Ayuda a Domicilio y DNI/NIE del cuidador profesional o no profesional.



Prestaciones para la Prevención, Promoción y Protección de la Salud del Médico





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**

PRESTACIONES PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO

- Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).
- Programa para el Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones.
- Apoyo y Atención Psicológica.
- Servicio Telemático de Apoyo Psicológico a Estudiantes de Medicina (SAPEM).



Denominación: PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)

Definición

Ayuda destinada a sufragar el gasto ocasionado por el ingreso en un centro clínico especializado para el tratamiento de enfermedad mental y/o conductas adictivas.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

- Médicos/as colegiados/as en activo laboralmente, que consten como Socios Protectores, que padezcan una enfermedad mental y/o conductas adictivas y que estén ejerciendo la profesión.
- Médicos/as colegiados/as que consten como Socios Protectores, que padezcan una enfermedad mental y/o conductas adictivas, que hayan estado ejerciendo la profesión, al menos los 3 últimos años, y que exista la posibilidad de que vuelvan a estar activos laboralmente.

Aportación

La cantidad económica necesaria para cubrir el coste del ingreso no cubierto por el convenio existente entre el Consejo Autonómico de Colegios Oficiales de Médicos y la Comunidad Autónoma u otras Administraciones.

Otros requisitos de acceso

- Acceder al Programa PAIME a través del Colegio Oficial de Médicos correspondiente y estar inscrito voluntariamente.
- El Colegio Oficial de Médicos correspondiente deberá hacerse cargo del posterior tratamiento ambulatorio establecido por el clínico colegial de referencia.
- En caso de reingresos:
 - Enfermedad Mental: se atenderán todos los casos
 - Conductas adictivas: se analizarán individualmente, siempre que haya transcurrido un mínimo de un año desde el ingreso anterior.

Documentación requerida

Con carácter general:

Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.

En caso de reingresos:

 Informe médico detallado del caso, sin datos personales de identidad del paciente.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO – PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME).

Surtirá efecto desde el día de inicio del tratamiento en el recurso asignado.

Consejo Autonómico de Colegio	Oficiales de Médicos:	
Colegio Oficial de Médicos:		
Porcentaje cubierto por Conveni Médicos:		d Autónoma y el Consejo Autonómico de Colegios Médicos/Colegio Oficial de
Informe a emitir por el Colegio C	oficial de Médicos:	
Está al corriente de sus aportaci	ones como socio protector: SÍ	□ NO □ (marcar lo que proceda)
Si es moroso, indicar: Cuantía de	e las aportaciones pendientes: _	
Reclamaci	ión de la deuda: SÍ. Especificar la	a reclamación:
	NO. Motivo:	
Clínica homologada de derivació	n para el ingreso:	
El equipo clínico establecido por internamiento, será:		ue se hará cargo del tratamiento ambulatorio, una vez finalizado el periodo de
Situación laboral del médico al ir	ngreso:	<u>) </u>
☐ Primer ingreso:	☐ Motivo del ingreso:	□ Enfermedad mental.
		□ Conducta adictiva.
☐ Reingreso:	Fecha último ingreso:	
	Causa del reingreso:	☐ Enfermedad mental. ☐ Conducta adictiva.
		El conducta adictiva.
Se solicita la prestación establec	cida por la Fundación para el PA	ME, a favor del colegiado con N.I.F.:
Por el mero hecho de suscribir adopte la Fundación, y declara q		acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla se cierto.
Interesado y le informa de los siguien validez usted mismo responde, serán las ayudas, para la consecución de los de la fundación que pudiera ser de su a terceros: sus datos serán comunica concreta y de gestionar las solicitudes facilitar los datos: los campos requen de conservación de los datos: sus dat mientras no prescriban las posibles ac en todo momento, acceso, rectificación	tes contenidos acerca del tratamiento utilizados para gestionar las prestacio fines de la Fundación. Asimismo, sus o interés: actividades de la fundación, i idos al Colegio de Médicos Provincial de prestación de los colegiados y a las idos son de cumplimentación obligato ros personales se conservarán mientro ciones legales derivadas de la finalida a, portabilidad, supresión, limitación y	ial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del portion de la finalidad del tratamiento: los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y pones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptores de datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar información invitación a eventos etc. Base de legitimación: consentimiento del interesado. Comunicación al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación se Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. Obligación de pria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. Criterios as perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, ad y del tratamiento. Derechos que asisten al Interesado: derecho a retirar el consentimiento oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) ara ejercer sus derechos: calle Cedaceros 10, 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.
Firm	ado en	, a de de
	Firm	a del/a solicitante,

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

Con carácter general:

• Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.

En caso de reingresos:

• Informe médico detallado del caso, sin datos personales de identidad del paciente.





Denominación: TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES

Definición

Ayuda destinada a sufragar el gasto ocasionado por el ingreso en un centro clínico, tanto en régimen de internamiento como en régimen de Hospital de Día, en los casos de:

- Trastornos graves de la conducta alimentaria que den lugar a problemas físicos o del funcionamiento psicosocial de la persona, siendo necesario un tratamiento intensivo y multidisciplinar para su atención.
- Trastornos adictivos graves (toxicomanía, ludopatía, adición a las Redes Sociales y Nuevas Tecnologías), que para la atención, rehabilitación y reinserción de la persona se requiera de programas terapéuticos intensivos, que abordan la adicción desde una perspectiva multidisciplinar.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

- Médicos/as colegiados/as en activo laboralmente, que consten como Socios Protectores, que padezcan un trastorno grave de la conducta alimentaria o un trastorno adictivo grave, por el que estén recibiendo tratamiento en un recurso no PAIME.
- Médicos/as colegiados/as que consten como Socios Protectores, que padezcan un trastorno grave de la conducta alimentaria o un trastorno adictivo grave, por el que estén recibiendo tratamiento en un recurso no PAIME, que hayan estado ejerciendo la profesión, al menos los 3 últimos años, y que exista la posibilidad de que vuelvan a estar activos laboralmente.

En ambos casos, el médico/a colegiado/a deberá haber sido tratado previamente por el Programa PAIME, el tratamiento deberá estar indicado y justificado por el Psiquiatra de referencia del Programa PAIME, y deberá existir el compromiso expreso de seguimiento y supervisión por el Psiquiatra de referencia del Programa PAIME.

 Socios Protectores con hijos/as mayores de 21 años, que cuenten con un trastorno grave de la conducta alimentaria o un trastorno adictivo grave, que dependan económicamente del Socio Protector y convivan con él, salvo en caso de separación legal o divorcio, siempre que convivan con el otro progenitor.

Aportación

Hasta el **50** % del coste, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
De 40.001 €/año hasta 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

- El centro especializado responsable del tratamiento deberá estar autorizado y acreditado oficialmente para proporcionar dicho tratamiento.
- No estar recibiendo el tratamiento por el Sistema Público de Salud.

Criterios a tener en cuenta

- La estancia máxima a cubrir será de 60 días.
- Los casos de reingreso en el centro terapéutico por abandono del tratamiento o recaída se analizarán individualmente por el Colegio Oficial de Médicos y el Centro Terapéutico, siempre y cuando haya trascurrido un mínimo de 1 año desde el ingreso inicial.
- El Colegio Oficial de Médicos determinará el Psiquiatra de referencia del Programa PAIME responsable del seguimiento y supervisión de la persona durante su tratamiento.

Documentación requerida

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Certificado de ingreso en el centro terapéutico especificando el coste/día.
- Facturas emitidas por el centro terapéutico en las que se especifique el tipo de tratamiento, número de sesiones e importe de las mismas.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.





Denominación: TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para el Socio Protector.

 Documento con el compromiso expreso de seguimiento y supervisión por parte del Psiquiatra del Programa PAIME durante el tratamiento en el centro terapéutico. Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores no fallecidos.

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.
- En caso de que el hijo/a se encuentre incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Informe médico-social del centro terapéutico al inicio y al final del tratamiento.
- Resolución Administrativa de la cobertura del Seguro Escolar, en caso de que se encuentre matriculado en estudios oficiales.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad







SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVECIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO – TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES.

Surtirá efecto desde el día de inicio del tratamiento en el recurso asignado.

Datos del colegiado/a:						
N° de colegiado/a:		N.I.F.:				
Nombre y apellidos:						
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médico	s de:					
Situación colegial como socio protector: Fecha de	alta:	Fecha de baja:	Motivo de la baja:			
Estar al corriente de sus aportaciones como socio						
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes:						
Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la reclamación:						
:						
'	NO. Motivo:					
	Firmado: El/La Seci	retario/a General,				
Data and baseficionis to to six south at all						
Datos del beneficiario/a (socio protector):						
Nombre y apellidos:		Fache de accinitate				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:				
Dirección postal:			_ N°: Piso: C.F			
Población:						
Teléfonos de contacto: Fijo:		Correo Electrónico:				
N° IBAN ES						
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):						
Nombre y apellidos:		- 1 /				
			No Di Co			
Dirección postal:			N°: Piso: C.F			
Población:						
Teléfonos de contacto: Fijo:	Movil:	Correo Electronico:				
514. 2. 12						
El/La Dr./Dra.:	· la Fundación, a cuvo e	efecto v para su tramitación :	reglamentaria acompaña los	documentos		
necesarios para su hijo/a:	ia i anaacion, a cayo c	recto y para sa trainitación.	egiamentana acompana ios	40-2411-211-205		
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:						
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:				
Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y declara que lo expuesto es absolutamente cierto.						
La Fundación para la Protección Social de la Organizaci						
Interesado y le informa de los siguientes contenidos acen						
validez usted mismo responde, serán utilizados para gest las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundació						
de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades						
a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. Obligación de						
facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplin	nentación obligatoria ya qu	e resultan necesarios para poder	cumplir con la finalidad del tratan	niento. Criterios		
de conservación de los datos: sus datos personales se co mientras no prescriban las posibles acciones legales derivi						
en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es)						
si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativo	a vigente. Datos para ejerc	er sus derechos: calle Cedaceros 1	0, 28014, Madrid o dpo@cgcom.	es.		
La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.						
Firmado en	<i>,</i> a	de d	e			
	Firma del/a					
		•				





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVECIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO – TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES

Documentación a entregar – Solicitud de alta

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Certificado de ingreso en el centro terapéutico especificando el coste/día.
- Facturas emitidas por el centro terapéutico en las que se especifique el tipo de tratamiento, número de sesiones e importe de las mismas.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- · Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para el Socio Protector:

 Documento con el compromiso expreso de seguimiento y supervisión por parte del Psiquiatra del Programa PAIME durante el tratamiento en el centro terapéutico.

Documentación específica para Hijos/as de Socios Protectores no fallecidos:

- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.
- En caso de que el hijo/a se encuentre incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la persona física/jurídica que ostente la tutela.
- Informe médico-social del centro terapéutico al inicio y al final del tratamiento.
- Resolución Administrativa de la cobertura del Seguro Escolar, en caso de que se encuentre matriculado en estudios oficiales.





Denominación: APOYO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Definición

Ayuda destinada a sufragar el gasto originado por la atención psicológica necesaria ante trastornos adaptativos, soledad no deseada, aislamiento social y elaboración del duelo, motivadas por situaciones de dependencia, discapacidad, jubilación y/o viudedad.

Niveles de atención:

- Nivel 1. Apoyo Emocional Telemático (TAP). Servicio prestado y facturado a través del convenio entre la FPSOMC y la Fundación Galatea. Destinado a contención en fases agudas.
- Nivel 2. Atención Psicológica Presencial. Por derivación desde el TAP u otras vías.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo destinatario

- Socios Protectores que, por su situación de dependencia, discapacidad, jubilación y/o viudedad u otras circunstancias se encuentren recibiendo atención psicológica, pautada clínicamente, por conllevar trastornos adaptativos y/o situaciones de soledad no deseada, aislamiento social y elaboración del duelo, entre otras.
- Cónyuges o parejas de hecho de Socios Protectores que, por su situación de dependencia o discapacidad, se encuentren recibiendo atención psicológica, pautada clínicamente, por conllevar trastornos adaptativos y/o situaciones aislamiento social.
- Viudos/as de Socios Protectores, que por su situación de viudedad reciente se encuentren recibiendo atención psicológica, pautada clínicamente, por conllevar trastornos adaptativos y/o situaciones de soledad no deseada, aislamiento social y elaboración del duelo.

Aportación

Nivel 1. Apoyo Emocional Telemático:

Financiación completa de 3 sesiones telemáticas, con posibilidad de ampliación de hasta 5 sesiones, previa indicación del clínico, con un tope máximo de **35 €/sesión**.

Nivel 2. Atención Psicológica Presencial:

Hasta un **50**% del coste del tratamiento, con un tope máximo de **70 €/sesión**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
De 40.001 €/año hasta 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

Otros requisitos de acceso

No tener cubierto el coste del tratamiento por otros organismos públicos o privados.

Criterios a tener en cuenta

En caso de que el Socio Protector hubiera tenido más de un cónyuge o pareja de hecho, el/la destinatario/a de la prestación será, si correspondiera, el/la último/a de ellos/as.

Documentación requerida

Nivel 1. Apoyo Emocional Telemático:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- NIF del cónyuge, pareja de hecho o viudo/a del Socio Protector.
- Libro de familia.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho (Parejas de hecho del Socio Protector).
- Certificado de defunción del Socio Protector (Viudos/as de Socio Protector).
- Informe clínico o psicológico que prescriba el tratamiento.

Nivel 2. Atención Psicológica Presencial.

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Informe clínico o psicológico que prescriba el tratamiento.
- Facturas del tratamiento psicológico en las que se detalle en número de sesiones recibidas y el coste/sesión.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.





Denominación: APOYO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

 Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición. Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

• NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores.

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

Certificado de defunción del Socio Protector.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.







SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO – APOYO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

Surtirá efecto desde el día de inicio del tratamiento en el recurso asignado.

Datos del colegiado/a:				
N° de colegiado/a:		N.I.F.:		
Nombre y apellidos:				
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médio	cos de:			
Situación colegial como socio protector: Fecha	de alta:	Fecha de baja:	Motivo de la	baja:
Estar al corriente de sus aportaciones como so				
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportacion	•			
Reclamación de la deuda				5
	NO. Motivo:			
	Firmado: El/La S	ecretario/a General,		
beneficiario/a (socio protector o viudo/a):				
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Dirección postal:				C.P
Población:		Provincia:		
Teléfonos de contacto: Fijo:		Correo Electrónico		
N° IBAN ES		Contro Electronic	9.	
IN IBAN 25				
Datos del tutor/a (en caso de incapacidad lega	1).			
Nombre y apellidos:				
N.I.F.:		Facha da pacimiento:		
Dirección postal:		Fecha de nacimiento:		C.P
Población: Teléfonos de contacto: Fijo:		Provincia:		
releionos de contacto: Fijo:	IVIOVII:	Correo Electrónico	U:	
Solicita que , previo los trámites reglamentari peticionario acepta, sin derecho a ulterior recl				
absolutamente cierto:	amacion, ios acaciaos	que para resorreria adopte i	ia i anadelon, y acen	ara que lo expuesto es
Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda:				
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		
Por el mero hecho de suscribir esta propuesta	a, el peticionario acep			
adopte la Fundación, y declara que lo expuesto	es absolutamente cie	rto.		
La Fundación para la Protección Social de la Organiz				
Interesado y le informa de los siguientes contenidos ac validez usted mismo responde, serán utilizados para ge				
las ayudas, para la consecución de los fines de la Funda	ción. Asimismo, sus datos s	serán tratados para comunicarnos e	electrónicamente con Us	ted para enviar información
de la fundación que pudiera ser de su interés: actividad a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de				
concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de				
facilitar los datos: los campos requeridos son de cump				
de conservación de los datos: sus datos personales se mientras no prescriban las posibles acciones legales de				
en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, su	presión, limitación y oposic	ión, así como a presentar una recla	imación ante la Autorida	nd de control (www.aepd.es)
si considera que el tratamiento no se ajusta a la norma			5 10, 28014, Madrid o d	po@cgcom.es.
La Fundación declarará a Hacienda las cantidad	des entregadas a sus b	eneticiarios.		
Firmada an		a de	do	
FITHIAUO EH			ue	
	Firma dela	a solicitante,		





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO – APOYO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Documentación a entregar - Solicitud de alta

Nivel 1. Apoyo Emocional Telemático:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- NIF del cónyuge, pareja de hecho o viudo/a del Socio Protector.
- Libro de familia.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho (Parejas de hecho del Socio Protector).
- Certificado de defunción del Socio Protector (Viudos/as de Socio Protector).
- Informe clínico o psicológico que prescriba el tratamiento.

Nivel 2. Atención Psicológica Presencial:

Con carácter general:

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Informe clínico o psicológico que prescriba el tratamiento.
- Facturas del tratamiento psicológico en las que se detalle en número de sesiones recibidas y el coste/sesión.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Documentación acreditativa de la composición de la Unidad Familiar Computable (UFC):

- Libro de Familia.
- Anexo Composición Unidad Familiar Computable cumplimentado.

Documentación acreditativa de los ingresos de la UFC:

- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

• Título de Familia Numerosa o Familia Monoparental, en caso de tener reconocida tal condición.

Documentación específica para Cónyuges de Socios Protectores:

NIF del cónyuge del Socio Protector.

Documentación específica para Parejas de Hecho de Socios Protectores:

- NIF de la pareja de hecho del Socio Protector.
- Certificado del Registro de Uniones de Hecho.

Documentación específica para Viudos/as de Socios Protectores:

• Certificado de defunción del Socio Protector.



Denominación: SERVICIO TELEMÁTICO DE APOYO PSICOLÓGICO A ESTUDIANTES DE MEDICINA (SAPEM)

Definición

Servicio telemático destinado a proporcionar apoyo psicoemocional a los estudiantes de medicina en todo el ámbito territorial del Estado, que presenten malestar y sufrimiento mental y que voluntariamente soliciten ayuda profesional. *Ver Anexo*.

El servicio aborda, no solo los trastornos mentales leves, sino también el malestar emocional relacionado con las actividades propias del período formativo.

Se trata de un servicio conveniado entre la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC), el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) y la Fundación Mutual Médica (FMM).

Tipología

Servicio puntual.

Colectivo Destinatario

Estudiantes de medicina matriculados en las facultades de medicina de toda España.

Aportación

Financiación completa de 3 sesiones telemáticas, con posibilidad de ampliación hasta 5 sesiones, previa indicación del clínico, con un tope máximo de **35 €/sesión**.

Otros Requisitos de acceso

- Estar matriculado en España en Estudios de Grado de Medicina.
- No estar siendo atendido por otras entidades públicas o privadas.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento del año.
- Contacto: a través de WhatsApp al n° (+34) 669 438 903.

Compatibilidades

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.







Prestaciones para la Protección en el Ejercicio profesional





Aún más

Fundación para la **Protección Social** de la **OMC**



PRESTACIONES PARA LA PROTECCIÓN EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

Defensa y Protección Jurídica por Agresión en el Puesto de Trabajo.





Denominación: DEFENSA Y PROTECCIÓN JURÍDICA POR AGRESIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

Definición

Ayuda destinada a asegurar la cobertura de los gastos derivados de la protección jurídica ante agresiones físicas, psíquicas o verbales, con la inclusión de las siguientes garantías.

- Defensa penal en procedimiento por delito o falta contra el médico por agresiones u ofensas.
- Fianzas exigidas para obtener la libertad profesional o garantizar el pago de costas o tasas judiciales.
- Reclamaciones de daños corporales u ofensas. Gastos derivados de la reclamación de daños corporales u ofensas sufridas por el médico en su puesto de trabajo, tanto en la vía penal como civil, así como indemnizaciones que por estos hechos puedan corresponder. En caso de fallecimiento o incapacidad del médico agredido, la garantía se hace extensible a los beneficiarios o herederos legales, en su caso.
- Reclamaciones de daños materiales. Gastos ocasionados por la reclamación a terceros responsables de las indemnizaciones debidas a los daños y perjuicios causados al médico en su puesto de trabajo habitual, en todos sus bienes y enseres personales, así como cualquier otro bien del que sea poseedor.

Tipología `

Prestación económica de carácter puntual y no renovable.

Colectivo Destinatario

Médicos/as colegiados/as que consten como Socios Protectores, que estando ejerciendo su profesión hayan sufrido una agresión física, psíquica o verbal en su puesto de trabajo y hayan interpuesto la correspondiente denuncia antes la autoridad competente.

Aportación

- Protección Jurídica: hasta **3.000 €**.
- Fallecimiento por agresión: **10.000 €**.
- Incapacidad Permanente por agresión: hasta 10.000 €.
- Incapacidad Temporal por agresión:
 - Límite por siniestro: 100 €/día con un máximo de 12 días a contar desde el 4º día siguiente a de la agresión.

Se establece un límite anual de **100.000 €** para fallecimiento, incapacidad permanente e incapacidad temporal.

Para Protección Jurídica no se establece límite anual.

Documentación requerida

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Copia de la denuncia por agresión.

Itinerario de la solicitud

- 1. Médico/a agredido/a:
 - Realiza la denuncia.
 - Solicita al Colegio Oficial de Médicos la Defensa lurídica.
 - Entrega copia de la denuncia por agresión.
- 2. Colegio Oficial de Médicos:
 - Comprueba la documentación entregada por el médico/a agredido/a.
 - Cumplimenta el impreso de solicitud de Defensa Jurídica y lo envía a la Fundación.

3. Fundación:

- Comprueba documentación.
- Presenta la solicitud a la Junta Rectora.
- Si concede la ayuda, se lo comunica a la Entidad aseguradora (AMA).
- Si deniega la ayuda, se lo comunica al Colegio y al Socio Protector.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Compatibilidad

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.





SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA PROTECCIÓN EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DEFENSA Y PROTECCIÓN JURÍDICA POR AGRESIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO.

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

N° de colegiado/a: N.I.F.:			
Nombre y apellidos:			
Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:			
Situación colegial como socio protector: Fecha de alta: Fecha de baja:	Mo	otivo de la ba	ja:
Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector: $SI \square NO \square$ (marcar lo que proc	eda)		
Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes:			
Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la reclamación:			3
NO. Motivo:			
Firmado: El/La Secretario/a General,			
i influed. Eli Ed Secretario d'Octieral,			
Datos del beneficiario/a (socio protector):			
Nombre y apellidos:			
N.I.F.: Fecha de nacimiento:			
Dirección postal:	Nº:	Piso:	C.P
Población: Provincia:			
Teléfonos de contacto: Fijo:Móvil: Correo Electróni	ico:		
Solicita que , previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el peticionario acepta, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte absolutamente cierto.			
La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Resp Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. Finalidad del tratamiento: los datos y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC y que so de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para con información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. B Comunicación a terceros: sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con e la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones fiscales. Obligación de facilitar los datos: los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que res del tratamiento. Criterios de conservación de los datos: sus datos personales se conservarán mientras perdure la legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y de derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oy la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Da 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.	s aportados p n remitidas po nunicarnos ele lase de legitir el fin de verifica Públicas para vultan necesar a relación con el tratamiento.	or Usted, de cu or los solicitante ectrónicamente mación: consent ar los extremos a dar cumplimie rios para poder el responsable, • Derechos que omo a presenta	ya exactitud, veracidad es y/o de los receptores con Usted para enviar timiento del interesado. necesarios para recibir ento a sus obligaciones cumplir con la finalidad los plazos establecidos asisten al Interesado: r una reclamación ante
Firmado en, a de	de		
Firma del/a solicitante,			

Documentación a entregar - Solicitud de alta

- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- NIF de la persona beneficiaria de la prestación.
- Copia de la denuncia por agresión.





PRESTACIONES 2023

ATENCIÓN SOCIAL

Información, valoración, orientación, gestión y seguimiento del caso, sobre diversas temáticas de naturaleza social. Implementado en todo el territorio estatal. Servicio prestado directamente desde la Fundación.

ASISTENCIALES

- Orfandad:
 - Menor de 21 años:
 - 387 €/mes.
 - 530 €/mes para los huérfanos (absolutos) de padre y madre.
 - 1.059 €/mes para los huérfanos (absolutos) de padre y madre, ambos médicos.
 - Prórroga al cumplir 21 años:
 - 387 €/mes.
 - 530 €/mes para los huérfanos (absolutos) de padre y madre.
 - 1.059 €/mes para los huérfanos (absolutos) de padre y madre, ambos médicos.
 - Beca para estudios oficiales:
 - 3.830 €/único (curso 2022-23) y 3.830 €/único (2023-24) para estudios de Grado o Máster de grado.
 - 3.399 €/único (curso 2022-23) y 3.399 €/único (2023-24) para estudios de C.F.G.S.
 - 2.978 €/único (curso 2022-23) y 2.978 €/único (2023-24) para estudios de Bachiller y C.F.G.M.

Huérfanos absolutos:

- 4.468 €/único (curso 2022-23) y 4.468 €/único (2023-24) para los huérfanos (absolutos) de padre y madre, uno de ellos médico.
- 8.926 €/único (curso 2022-23) y 8.926 €/único (2023-24) para los huérfanos (absolutos) de padre y madre, ambos médicos.
- Expedición de título oficial Reintegro de la cantidad económica correspondiente a la expedición del título.
- Huérfano con discapacidad 576 €/mes.
 Tope de ingresos 18.117 €/año Tope de ingresos 40.352 €/año (Huérfanos Absolutos).
- Viudedad Hasta 1.161 €/mes Tope de ingresos 13.932 €/año.
- Médico con discapacidad Hasta 1.437 €/mes Tope de ingresos 17.244 €/año.
- Médico jubilado Hasta 1.337 €/mes Tope de ingresos 16.044 €/año.
- Médico en formación en ILT Educación Infantil (0-3 años).





□ Hasta el 65 % del coste solicitado, con un tope máximo de 300 €/mes, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC

Hasta 18.000 €/año

18.001 €/año a 25.000 €/año

Más de 25.001 €/año

Ayuda FPSOMC

65 % del coste

35 % del coste

No procede

DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD) Hasta **35 €/mes** Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Atención en el Domicilio (SAD) Se calculará en base a las horas de atención que necesita la persona, de acuerdo con el Grado de Dependencia reconocido - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Centro de Atención Diurna/Nocturna 40 % de incremento del (PIA) Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Respiro del cuidador Hasta 547 €/mes Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Convalecencia Hasta **547 €/mes** Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Centro Residencial **547 €/mes** Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Residencia Siglo XXI 547 €/mes Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Atención Temprana (0-6 años).
 - Hasta el 50 % del coste, con un tope máximo de 565 €/mes, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC

Hasta 40.000 €/año

40.001 €/año a 60.000 €/año

Más de 60.001 €/año

Ayuda FPSOMC

50 % del coste

25 % del coste

No procede

- Tratamientos Especiales (6-21 años).
 - □ Hasta el 50 % del coste, con un tope máximo de 565 €/mes, previa valoración de ingresos de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC

Hasta 40.000 €/año

40.001 €/año a 60.000 €/año

Más de 60.001 €/año

Ayuda FPSOMC

50 % del coste

25 % del coste

No procede





- Autonomía Personal:
- Adaptación del hogar.
 - > Hasta el 50 % del coste, con un tope máximo establecido por la Fundación para cada tipo de adaptación, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Ayuda FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
40.001 €/año a 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

- Productos para el cuidado personal.
 - > Hasta el 50 % del coste, con un tope máximo establecido por la Fundación para cada tipo de adquisición, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Ayuda FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
40.001 €/año a 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

- Adaptación de vehículo particular.
 - > Hasta un **50** % del coste, con un tope máximo establecido por la Fundación para cada tipo de adaptación, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Ayuda FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	50 % del coste
18.001 €/año a 25.000 €/año	25 % del coste
Más de 25.001 €/año	No procede

- Autonomía Personal:

 Adquisición de vehículo particular adaptado. 		
Hasta el 50 % del coste, con un tope máximo de 10.500 la Unidad Familiar Computable (UFC).	D€, previa valoración de los ingi	esos de
Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Ayuda FPSOMC	
Hasta 18.000 €/año	50 % del coste	
18.001 €/año a 25.000 €/año	25 % del coste	
Más de 25.001 €/año	No procede	





Ayuda para el uso de Trasporte Adaptado.

Hasta el 50 % del coste, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC

Hasta 18.000 €/año

18.001 €/año a 25.000 €/año

Más de 25.001 €/año

Ayuda FPSOMC

50 % del coste

25 % del coste

No procede

CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL

Teleasistencia Domiciliaria (TAD) - Hasta 35 €/mes - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.

Atención en el Domicilio (SAD) - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.

PIA: Horas de Servicio de Atención en el Domicilio (SAD)

El **30 %** de las horas de SAD reconocidas, con un coste/hora de **10 €**

PIA: Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF)

Incremento del 30 % sobre la cuantía reconocida

PIA: Prestación Vinculada al Servicio de Ayuda a Domicilio (PEVS)

Incremento del 30 % sobre la cuantía reconocida

- Centro de Atención Diurna/Nocturna **30** % de incremento del (PIA) Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Respiro del cuidador Hasta 547 €/mes con un mínimo de 122 €/mes Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Centro Residencial Hasta 547 €/mes con un mínimo de 122 €/mes Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Residencia Siglo XXI Desde **122 €/mes** hasta **547 €/mes** Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Apoyo Familiar en el Hogar.
 - Hasta el 50 % del coste, con un tope máximo de 8 €/hora, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC

Hasta 40.000 €/año

40.001 €/año hasta 60.000 €/año

Más de 60.001 €/año

Ayuda FPSOMC

50 % del coste

25 % del coste

No procede





• Apoyo Familiar - Escuelas o Campamentos de Verano.

➤ Hasta un 50% del coste total del campamento, hasta un máximo de 300 €, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar (UF).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Ayuda FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	50 % del coste

25 % del coste 18.001 €/año a 25.000 €/año

Más de 25.001 €/año No procede

PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO

• Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) - La cantidad económica necesaria para cubrir el coste del ingreso no cubierto por el convenio existente entre el Consejo Autonómico de Colegios Oficiales de Médicos y la Comunidad Autónoma u otras Administraciones.

Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones.

Hasta un 50% del coste, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar (UF).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Ayuda FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
40.001 €/año a 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

- Apoyo y Atención Psicológica.
 - Nivel 1. Financiación completa con un tope máximo de 35 €/sesión.
 - Nivel 2. Hasta el 50 % del coste del tratamiento, con un tope máximo de 70 €/sesión, previa valoralón de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Ayuda FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
40.001 €/año a 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	No procede

 Servicio Telemático de Apoyo Psicológico a Estudiantes de Medicina (SAPEM) - Financiación completa, con un tope máximo de 35 €/sesión.



PROTECCIÓN EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

- Defensa y Protección Jurídica por agresión en el puesto de trabajo:
 - □ Protección Jurídica: hasta **3.000 €**.
 - □ Fallecimiento por agresión: **10.000 €**.
 - □ Invalidez Permanente por agresión: hasta **10.000 €**.
 - Incapacidad Temporal por agresión:
 - Límite por siniestro: 100 €/día con un máximo de 12 días a contar desde el 4º día siguiente a de la agresión.

Se establece un límite anual de **100.000 €** para fallecimiento, incapacidad permanente e incapacidad temporal.

Para Protección Jurídica no se establece límite anual.







OTRA INFORMACIÓN



Premio de Novela Albert Jovell

En 2009, por decisión de la Junta de Patronos, se creó el Certamen Iberoamericano de las Artes. El objetivo principal era dar cumplimiento a lo estipulado en el art. 8 de sus Estatutos donde se dice que la Fundación para la Protección Social de la OMC dará información suficiente de los fines, actividades y gestión de la Fundación para que sean conocidos por sus eventuales beneficiarios y demás interesados, utilizando a este fin cualquier medio de comunicación social y muy especialmente las revistas y publicaciones de los Colegios Oficiales de Médicos.

Como objetivo secundario del Certamen cabría destacar el fomento de las artes y las letras entre el colectivo médico, colectivo en que a lo largo de la historia se ha mostrado especialmente sensible y proclive hacia el cultivo de estas disciplinas; buena muestra de ello son los innumerables médicos artistas y escritores de reconocido prestigio.

Desde el año 2015, el Certamen se ha centrado en la modalidad de Novela y denominada con el nombre de: Premio de Novela Albert Jovell, en memoria y como homenaje al Dr. Albert Jovell.

Entre otras características, esta modalidad es de convocatoria abierta, pudiéndose presentar a la misma tanto médicos como no médicos.

La dotación económica de este premio es considerable, aprobándose anualmente su cuantía por la Junta de Patronos.



2. Premios Jesús Galán

En mayo de 1980, el Patronato de Huérfanos instauró estos premios en memoria de la actuación del doctor Jesús Galán como vicepresidente del mismo. Además de su dedicación a los pacientes, el Dr. Galán consagró su vida a la mejora de la profesión médica, comenzando por las aulas universitarias.

Estos premios pretenden enaltecer y premiar el trabajo y la dedicación al estudio académico que realizan los huérfanos de médicos adscritos a la Fundación, independientemente de las becas ayudas que reciben a lo largo de todo su periodo formativo.

Hoy día este premio destaca entre las ayudas de orfandad prestadas por la Fundación para la Protección Social de la OMC, reconociendo cada año los mejores expedientes académicos entre sus graduados a propuesta de los diferentes Colegios Oficiales de Médicos provinciales.

Los premios son dos: al mejor expediente académico en el Grado de Medicina, y al mejor expediente académico en cualquier otro Grado. La dotación para el curso 2021-2022 es de 5.910 € para cada uno. Ambos premios son adjudicados según el baremo de créditos establecido por acuerdo de la Junta de Patronos, no pudiendo recaer ambos en la misma persona.

Los candidatos son presentados por el Colegio Oficial de Médicos correspondiente y las solicitudes han de dirigirse a la Fundación para la Protección Social de la OMC (Calle Cedaceros, 10, 28014 – Madrid) o por correo electrónico (fundacion@fpsomc.es), remitiendo el expediente académico en el cual se indique la nota media antes de la fecha indicada en cada convocatoria.

Modelo de convocatoria para los Colegios Oficiales de Médicos

La Fundación para la Protección Social de la OMC, ha aprobado la convocatoria para el año 2023 del premio "Jesús Galán", instituido en memoria del que fue vicepresidente del Patronato, en sus dos modalidades al mejor expediente de un huérfano de médico que haya finalizado su Grado en Medicina durante el curso 2021-2022 y al huérfano de médico que haya finalizado sus estudios en cualquier otro Grado durante este curso académico.

El Colegio Oficial de Médicos podrá presentar sus candidatos/as enviando por correo postal (Calle Cedaceros, 10, 28014 – Madrid) o por correo electrónico (fundacion@fpsomc.es) el expediente académico en el cual se indique la nota media cuando se convoque el premio y antes del día 31 de julio.

La Junta de Patronos determinará los/las candidatos/as premiados/as en el transcurso de su reunión ordinaria a celebrar en el mes de septiembre de 2023.





3. Anexos

- **3.1.** Factores de Corrección.
- **3.2.** Plazos de tramitación.
- **3.3.** Red de Oficinas del Servicio de Atención Social.
- **3.4** Información sobre la documentación exigible y su gestión.
- **3.5.** Teléfonos colegiales de información sobre el PAIME.
- **3.6.** Seguro de Defensa y Protección por Agresión.
- **3.7.** Ayudas extraordinarias.
- **3.8.** Información sobre Pensiones No Contributivas.
- **3.9.** Sustitución de la incapacitación judicial por la curatela y el apoyo.
- **3.10.** Glosario.





3.1. Factores de Corrección

Factores de Corrección Aplicables	Porcentaje a aplicar sobre la RPC de la UFC	Ámbito de aplicación
H.D y M.D con Reconocimiento de Grado de Discapacidad =/> 75 % y necesidad de concurso de 3ª Persona o Grado III.	-20%	Prestaciones Económicas de
Reconocimiento de Grado de Discapacidad =/> 75 % sin necesidad de concurso de 3ª Persona o Grado III.	-5%	Huérfano con Discapacidad y Médico con Discapacidad.
Progenitor mayor de 80 años.	-5%	Prestación Económica de Huérfano con Discapacidad.
2 miembros en la UFC con discapacidad.	-5%	Todas las Prestaciones Económicas, salvo a Orfandad-Menor de 21 años,
Familias numerosas o monoparentales	-5%	Prórroga al cumplir los 21 años, Becas para estudios oficiales, Expedición de Título Oficial, Eje de Conciliación y PAIME.
Socios Protectores, su cónyuge o hijos/as como usuarios de prestaciones económicas.	-10%	Prestaciones Económicas del Eje de Dependencia-Discapacidad (TAD, SAD, Centro de
Socios Protectores y su cónyuge como usuarios de prestaciones económicas en modalidad de Atención Integral.	-5%	Atención Diurna/Nocturna, Centro Residencial y Residencia Siglo XXI).
Impacto Revalorización Pensiones y Prestaciones de la Seguridad Social 2023.	-8,5%	Prestaciones Económicas cuya cuantía a conceder está sujeta a un tope máximo de ingresos en la Renta Per Cápita de la Unidad Familiar Computable.

Siglas:

- H.D Huérfano con Discapacidad.
- M.D Médico con Discapacidad.
- RPC Renta Per Cápita.
- SAD Servicio de Atención en el Domicilio.
- TAD Teleasistencia Domiciliaria.
- UFC Unidad Familiar Computable.

3.2. Plazos de tramitación

- ➤ Solicitudes de altas nuevas:
 - Orfandad menor de 21 años y Huérfano con Discapacidad y Viudedad:
 - 3 meses desde el fallecimiento del socio protector.
 - Resto de prestaciones: durante todo el año.
- Renovaciones:
 - Desde el 1 de agosto al 31 de octubre.
- Subsanaciones (altas, renovaciones o suspensión cautelar).
 - 2 meses desde el inicio de la solicitud.
- ► Suspensión Cautelar:
 - 2 meses desde el inicio de la solicitud.

Transcurrido el plazo indicado para la tramitación, renovación, subsanación o suspensión cautelar, se procederá a la baja de la prestación o a cancelar el trámite.





3.3. Red de Oficinas del Servicio de Atención Social

T-Resuelve: 900 222 121 ((unes a viernes de 09:00 a 18:00 h)

Servicio Atención	Oficina	Técnico Social	Horario Servicio (apertura oficinas)	Teléfono	Dirección
Andalucía Occidental Cádiz, Córdoba, Huelva, Sevilla	Sevilla	Rocío Ramírez Hidalgo M.ª Luisa Rey Jiménez	L a J: 8:00 a 18:30 V: 8:00 a 15:00	954 222 577 955 149 763	C/ Amador de los Ríos, 60 41003 Sevilla
		Ana Quijano		954 226 881	·(C)
Andalucía Oriental Almería, Granada, Jaén, Málaga;	Granada	Antonio de la Torre Moreno	L a J: 8:00 a 18:30 V: 8:00 a 15:00	958 209 477	C/ Escultor Martínez Olalla, 9 (Edificio Marsella) Local 2
Ceuta y Melilla		Ana Quijano	(3)	958 206 102	18003 Granada
Aragón	Zaragoza	Judit Rodrigo Sánchez Pilar Vahl del Álamo	L a J: 9:00 a 17:00 V: 9:30 a 14:30	876 258 388	C/ Andador Luís Puentes García, 6 50008 Zaragoza
Asturias	Oviedo	María Souto Serrano Ángeles Alonso Álvarez	L a J: 8:30 a 15:00 y 16:30 a 18:00 V: 8:30 a 15:00	985 782 913	C/ General Elorza, 64 Bajo 33001 Oviedo
Baleares	Palma de Mallorca	Rosario Domínguez Fernández	L y X: 16:00 a 19:00 M y J: 8:30 a 15:30	971 717 505	La Rambla, 15 - 2° 07003 Palma de Mallorca (Islas Baleares)
	Las Palmas de Gran Canaria	Victoria Hernández Ruíz	L a V: 9:30 a 13:30	928 413 579	C/ López Botas, 15 Bajo 35001 Las Palmas de Gran Canaria
Canarias	Santa Cruz de Tenerife	Cristina Luís Pérez	L, X y V: 8:00 a 13:30 J: 16:00 a 19:30	922 246 065	C/ Afilarmónica Nifú-Nifá, 40. Local 38005 Santa Cruz de Tenerife
Contille val a se	Valladolid	Regina Verdugo García	L a J: 8:00 a 18:00	983 292 867	C/ Renedo, 14. Local 4
Castilla y León	vanauonu	Cristina Sebastián Calvo	V: 8:00 a 15:00	983 305 428	47005 Valladolid
		María Sánchez-Fortún			C/ Sant Antoni Mª Claret.
Cataluña	Barcelona	Nerea Rosillo Pouza	L a J: 9:00 a 18:00 V: 9:00 a 15:30	934 493 671	132-134 Local C-2 08025 Barcelona
		Silvia Portillo Montejo			
Extremadura	Mérida	Beatriz Esteban Enamorado	L a J: 8:30 a 14:00 M y J: 15:30 a 18:30 V: 8:00 a 14:00	924 301 062	C/ San Juan de Dios, 11 06800 Mérida (Badajoz)





Servicio Atención	Oficina	Técnico Social	Horario Servicio (apertura oficinas)	Teléfono	Dirección
Galicia La Coruña y Lugo	Santiago de Compostela	Alejandro Casas	L a V: 8:30 a 15:00	981 575 031	Rúa Dublín, 3 - Bajo - locales 2 y 5 15707 Santiago de Compostela (La Coruña)
Galicia Ourense y Pontevedra	Vigo	Antía Collazo Ferradáns	L a V: 10:30 a 14:00	986 277 088	Rúa As Teixugueiras, 15 36212 Vigo (Pontevedra)
Navarra y La Rioja	Pamplona	José Antonio Villanueva Oyarzabal	L a J: 9:00 a 18:00 V: 9:00 a 15:00	948 279 640	Avda. Pio XII, 5. Entreplanta dcha. 31008 Pamplona (Navarra)
		Sara Sierra Díez		917 123 147	5
		Sandra Rojas		917 123 150	
		Daniel Acosta Ortega		917 123 151	
Comunidad de Madrid y Castilla-La	Madrid	Sandra González Peinado	L a J: 8:00 a 18:00 V: 8:00 a 15:00	917 123 148	C/ Alcalá 265 Entrada por C/ Las Ventas
Mancha		Rocío Martín Birlanga		917 123 152	28027 Madrid
		Noelia Jiménez García		917 123 149	
		Diana Muñoz Hellín		917 123 155	
		Natalia Battaner Ruíz		917 123 146	
País Vasco y	Bilbao	Marta Echevarria Zunzarren	L a J: 8:30 a 14:30 y 15:30 a 17:40	944 472 166	C/ Puente de Deusto, 3 - Bajo
Cantabria	05	Lucía Iglesias Fernández	V: 8:30 a 15:00	944 472 812	48014 Bilbao
		María Alemán García	L a J: 9:00 a 14:00 y		C/ Periodista Encarna
Región de Murcia	Murcia	María Durán García	14:30 a 18:00 V: 9:00 a 15:00	968 234 445	Sánchez, 12 30007 Murcia
Comunidad Valenciana	Valencia	M.ª Carmen Fernández- Pacheco Rejas	L a J: 9:00 a 18:00 V: 9:00 a 15:00	963 156 228	C/ Gobernador Viejo, 14 - Bajo
2 di Ciferdita		Ana Furió Fornes	V. 5.00 a 15.00	963 156 000	46003 Valencia





3.4. Información sobre la documentación exigible y su gestión

1. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Es el documento oficial que acredita el fallecimiento de una persona. Se solicita en el Registro Civil, presencialmente o de forma online.

https://sede.mjusticia.gob.es/es/tramites/certificado-defuncion

2. LIBRO DE FAMILIA

El Libro de Familia es un documento que se da a todas las personas que estén casadas o que tengan hijos/as independientemente de su estado civil. En el libro de familia se deben anotar **los nacimientos, adopciones y defunciones, separaciones, divorcios** y, en su caso, el régimen económico en la familia registrada.

Cuando una persona divorciada se casa de nuevo o tiene un hijo/a con otra pareja, se expide un nuevo libro de familia para acreditar la nueva relación. Los padres separados también pueden solicitarlo si lo necesitan para hacer alguna gestión.

La Nueva Ley de Registro Civil

A partir de la entrada en vigor la Ley 20/2011, de 21 de julio del Registro Civil, desaparece el formato físico del Libro de Familia tal y como se conoce.

El Registro Civil dejará de expedir este tipo de documento y se reemplaza por un registro electrónico accesible, centralizado y más acorde con el mundo digitalizado, pero aquellos documentos ya expedidos seguirán siendo válidos. Se deja de entregar la versión en papel y se reemplaza por un registro digital centralizado y accesible en la que cada individuo contará con una hoja o extracto dónde figuran los datos personales de los miembros de un mismo núcleo familiar, relacionados con su estado civil.

Dónde se solicita

Su tramitación es muy fácil y sencilla, se realiza en el **Registro Civil** y es totalmente gratuito.

Podemos consultar la página web del **Ministerio de Justicia** para ver qué Registro Civil nos corresponde.

https://comosetramita.com/tramites-para-el-libro-de-familia https://sede.mjusticia.gob.es/es/tramites

Es el documento en el que se acredita la situación familiar. En él se hace un registro de todos los hechos familiares tales como el matrimonio, el régimen económico de la sociedad conyugal, el nacimiento de los hijos/as comunes y de los adoptados conjuntamente por ambos contrayentes, el fallecimiento de los cónyuges e hijos/as y la nulidad, divorcio o separación del matrimonio, la pérdida de la patria potestad, así como el nuevo matrimonio en nuevas nupcias.

Al libro de familia se incorpora un anexo sobre la protección a la familia, es decir las prestaciones o asignaciones de la familia del sistema de Seguridad Social.





Como dice el artículo 8 de la Ley de Registro Civil de 1957, en el libro de familia se certificará a todos los efectos, gratuitamente, de los hechos y circunstancias que determine el Reglamento inmediatamente de la inscripción de los mismos, en el propio Registro Civil, naturalmente.

Tras la equiparación de efectos entre la filiación matrimonial y la no matrimonial en el artículo 108 del Código Civil se suprimió el libro de filiación.

Se tramita en el Registro Civil correspondiente y el totalmente gratuito.

https://www.mjusticia.gob.es/BUSCADIR/ServletControlador?apartado=buscadorGeneral&tipo=RC&lang=es_es

3. DOCUMENTACIÓN DE JUSTIFICACIÓN DE INGRESOS

De acuerdo a la misión de la Fundación, las ayudas y prestaciones que concede a sus beneficiarios tienen como finalidad contribuir a paliar los costes originados por diversas situaciones de vulnerabilidad y ante las cuales el beneficiario no cuenta con recursos propios económicos suficientes.

Por ello, la Fundación, al valorar las solicitudes de alta o de renovación de una prestación, solicita una información sobre los ingresos que percibe la Unidad Familiar Computable (UFC) de la persona solicitante y/o beneficiaria.

- Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UFC que no la realicen.
- 2. Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.

El certificado de Hacienda o de la Seguridad Social se puede solicitar presencialmente en cualquier oficina y online.

https://www.agenciatributaria.gob.es/AEAT.sede/tramitacion/G306.shtml

Informes y Certificados:

https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/pensiones/03pensiones/!ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zijQ3NTAwtDQx93A08XQ0cQ329Qy2NA43djcz0w_EpMLA00I8iRr8BDuBIUL8XIQVAHxgV-Tr7putHFSSWZ0hm5qXI60cUp0YVA32YWqwfYWCM4ITrREzDwfsAl8Dg4GmI0QGxpR5eNhkGXiqAgAbPJBSg!!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

Certificado de Importes al cobro desglosado:

https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/CiudadanoDetalle/!ut/p/z0/rU9NC4JAFPwrevAYb1dD8CgRYikUleleZNHVXh_rx65R_z63u526DMy8Yd4MMMiBSf7ElmvsJL_Pv-GB-6VF_TQNCk4jEWxJm6T4LvKMXxRR0QsE02A-T65sUd0w3aQus5_qyQtl0kBscH0JZb6sSo8Y-GK153CnJCF09Q4HUYWAis6qQWLw25ErUov0zi7HGIERxS4VTzmkujLMQ5ZPnT703z8H9X0ZNSJcoZj-F72o1Aa-lt0PiRNqkLb_gBxXmQK/

A continuación, se incluyen los modelos documentos mencionados. Tanto la declaración de la renta, el certificado de imputaciones del I.R.P.F. y un certificado de negativo de declaración, así como un modelo del certificado de importes al cobro desglosado de pensiones, hijo a cargo, y un certificado negativo de pensiones.





- Modelos de los documentos:
 - Declaración de la renta.
 - Certificado de imputaciones del I.R.P.F.
 - Certificado negativo de renta.
 - Certificado de importes al cobro desglosado.
 - Certificado de prestación por hijo a cargo.
 - Certificado negativo de pensiones/subsidios desempleo/otras pensiones públicas.





Declaración de la Renta. ▶ modelo

Agencia Tributaria Teléfono: 901 33 55 33 www.agenciatributaria.es	Impuesto so	bre la Renta de 2018		Físicas	Página 1
Primer declarar	nte y cónyuge, en caso de n				
Primer declarante					
Z-3			Sexo del primer	Estado civil (el 31-12-2018)	Divorciado/a
02) Apeliiaos y nombre			declarante: H: hombre M: mujer	Soltero/a Casado/a (06) (07)	Viudo/a o separado/a legalmente
Importante: los contribuyentes que domicilio habitual, deberán comunica	tengan la consideración de empresarios o arlo presentando declaración censal (modelo 03	profesionales y hayan cambiado de 6 o 037) de modificación de datos.	Fecha de nacimiento Grado de discapacidad. Clave		(1)
Domicilio habitual actual del prin			Cambio de domicilio. Si ha cam	biado de domicilio, consigne una "X"	(13)
15) Tipo de Via CALLE 17) Tipo de 17) Tipo de numeración NUM	8) Número de la Via Pública (19) Calificador del número del número	(20) Bloque	(21) Portal (22) Ecc	al. (23) Planta	(24) Puertz
25 Datos complementarios del domicilio	S de manero	(26	Land to the Control of the Control o	ORID	
(27) Codigo Postal Si el domicilio está situado en el extra	(28) Nombre del Municiplo			(29) Provincia	
	anjero:	(38)	Datos complementarios		
			Datos complementarios del domicilio		
(37) Población / Cludad		(ZIP) Código Postal	(40) Provincia / Región / Estado		
(41) Pals			42 Código Pals		
País de residencia en la UE o EEE en 2018 (excepto España)	(44)) Nacionalidad			
Datos adicionales de la vivienda	en la que el primer declarante tiene su d un máximo de dos, y de los trasteros y anexos				arán también, en su caso,
Titularidad (clave)	Porcentaje/s de participación, en caso	de propiedad o usufructo:	Situación (clave)	Referencia catastral	
(50) 1	(E) 100 00		(53) 1	(54)	I
(50)	Primer declarante: (51) 100,00		(53)	(54)	1
(50)			(53)	54	
				54)	
(50)	Primer declarante: (51)	Cónyuge: 52	53	(54)	
50	Primer declarante: (51)	Cónyuge: 52	(53)	(54)	
50	Primer declarante: (51)	Cónyuge: (52)	(53)	(54)	
50)	Primer declarante: 51	Cónyuge: (52)	(53)	(54)	
(50)	Primer declarante: (51)	Cónyuge: (52)	(53)	(54)	
	60	Si no tiene	NIF, consigne Número de	(60)	
Sólo si ha consignado la clave 3 en la	a casilla 50: NIF arrendador	Identificaci	ión en el País de residencia	(56)	
CÓDANGO (los dates identifications)	vos del cónyuge son obligatorios en caso de	mateimania na canarada lagalmanta)			
Corryage (los datos identificati	vos del conyage son obligatorios en caso de	maumonio no separado legalmente			
(57) NIF			Sexo del cónyuge (H: hombre;	M: mujer)	59
58) Apellidos y nombre			Fecha de nacimiento del cóny	/uge	(60)
			Grado de discapacidad del co	inyuge. Clave	(61)
Importante: los contribuyentes qu	e tengan la consideración de empresarios o	profesionales y hayan cambiado de		es contribuyente del IRPF	
domicilio habitual, deberán comunica	arlo presentando declaración censal (modelo 03	6 o 037) de modificación de datos.	Cónyuge no residente que res	side en un país de la UE o del El adas por residentes fiscales en la UE o d	EE, y se aplica la (64)
Domicilio habitual actual del cónyu	ge, en caso de tributación conjunta			ugo ha cambiado de domicillo, consigne u	
(si es distinto del domicilio del prin			en esta casilla, (Solamente en caso de	declaración conjunta)	
15) Tipo de Via	16) Nombre de la Via Pública				
17) Tipo de numeración	8) Número de casa (19) Calificador del número	(20) Bloque	(21) Portal (22) Esca	al, (23) Planta	(24) Puerta
25) Datos complementanos del domicilio		(26	Levelidad / Dahlasida		
(27) Codigo Postal	(28) Nombre del Municipio		7 (************************************	(29) Provincia	
Si el domicilio está situado en el extra	anjero.		Dates complementaries		
35 Domicilio / Address		(36)	Datos complementarios del domicilio		
(37) Población / Cludad		(39) Código Postal (ZIP)	(40) Provincia / Región / Estado		
(41) Pals			42) Código Pais		
País de residencia en la UE o EEE en 2018 (excepto España)	(44)	Nacionalidad			
	-,-				
Representante					
(65) NIF	66 Apellidos y nombre o razi	ón			
Devengo					
	Simportant on the dealers leave to the dealers and the dealers are the dealers and the dealers are the dealers	des felles (des en el element de conservation de la	d at die 96 de dielemb		
	plimentarà en las declaraciones individuales de contribuye	ntes tallecidos en el ejercicio 2018 con anteriorida	d al dia 31 de diciembre.	Park	Fecha de fallecimiento
recha de finalización del período in	npositivo			(67)	
Onción do tribu	itanián				
Opción de tribu	ItaciOII				
Indiana la analés de la la comitación de	-14-			Tributación individual	(68) X
	gida (marque con una "X" la casilla que proced			Tributación conjunta	(69)
Atención: solamente podrán optar por el régin	men de tributación conjunta los contribuyentes integrados	on una unidad familiar.		Cbanación conjuntar	(03)
O [Carrent 1	Sinded Auties - 1				
Comunidad o C	Ciudad Autónoma de reside	ncia en el ejercicio 2018	5		
Clave de la Comunidad Autónoma	o de la Ciudad con Estatuto de Autonomía e	n la que tuvo/tuvieron su residencia ha	abitual en 2018		70 12
		,			





Certificado de imputaciones del IRPF. ▶ modelo

Agencia Tributaria

Pag.: 1/2

Delegación de HUELVA

Delegación de HUELVA PS SANTA FE, 22 21071 HUELVA (HUELVA) Tel. 959281222

Retribución

CERTIFI	CADO DE IMPUTACIONE	S DEL I.R.P.F. 2018	
IDENTIFICACIÓN DEL D	OCUMENTO		
N.I.F.:		Nº de Referencia:	-
La Agencia Estatal de Ad	ministración Tributaria,		
Conforme a los datos que	obran en la A.E.A.T.		
CERTIFICA QUE:			
NIF/NIE: : DOMICILIO FISCAL:	Apellidos y Nombre:		

No consta que haya presentado declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al ejercicio 2018. Los datos de que dispone la A.E.A.T. a fecha 03-09-2019 relativos a este impuesto se desglosan a continuación.

RENDIMIENTOS DEL TRABAJO Retribución Total Gastos Deducibles 0,00 6.552,00 0,00 ARRENDAMIENTOS DE INMUEBLES Retribución 0,00 RENDIMIENTOS DE CUENTAS BANCARIAS Retribución 0,00 OTROS RENDIMIENTOS EXPLÍCITOS DEL CAPITAL MOBILIARIO Retribución Gastos y reducciones aplicables 0,00 0,00 RENDIMIENTOS IMPLICITOS DEL CAPITAL MOBILIARIO Retribución 0,00 RENDIMIENTOS DE OPERACIONES DE SEGUROS

0,00





Certificado de imputaciones del IRPF. ▶ modelo

Pag.: 2/2



Delegación de HUELVA

CERTIFICADO DE IMPUTACIONES DEL I.R.P.F. 2018

N.I.F. Solicitante:

Nº de Referencia:

VENTAS DE ACTIVOS FIANCIEROS Y OTROS VALORES MOBILIARIOS

	Renaimiento
LETRAS DEL TESORO	0,00
OTROS AA.FF. QUE GENERAN RENDIMIENTOS	0,00

VENTAS DE FONDOS DE INVERSION

Ganancia Patrimonial	F	Perdida Patrimonial	
	0,00		0,00

GANANCIAS PATRIMONIALES QUE NO DERIVAN DE LA TRANSMISION DE ELEMENTOS PATRIMONIALES

	Ganancia Patrimonial
PREMIOS POR JUEGOS, CONCURSOS Y RIFAS	0,00
APROVECHAMIENTOS FORESTALES EN MONTES PÚBLICOS	0,00
SUBVENCIONES Y AYUDAS PÚBLICAS	0,00

RENDIMIENTOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

	Rendimiento
PROFESIONALES	0,00
OTROS [Art. 75.2b) Reglamento IRPF]	0,00
AGRICULTURA, GANADERÍA Y PESCA	0,00
EMPRESARIALES	0,00

SOCIOS/PARTICIPES DE ENTIDADES EN ATRIBUCIÓN DE RENTA

	Rendimiento	
CAPITAL MOBILIARIO		0,00
CAPITAL INMOBILIARIO		0,00
ACTIVIDADES ECONÓMICAS		0,00
	Ganancia/Pérdida	
DATRIMONIALEC		0.00

RETENCIONES

	Retención
RENDIMIENTOS DEL TRABAJO	0,00
CAPITAL INMOBILIARIO	0,00
GANANCIAS PATRIMONIALES	0,00
ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES	0,00
ACTIVIDADES ECONÓMICAS	0.00

Y para que conste a los efectos oportunos,

Documento firmado electrónicamente (Ley 40/2015) por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, con fecha 3 de septiembre de 2019. Autenticidad verificable mediante Código Seguro Verificación en www.agenciatributaria.gob.es





Certificado negativo de renta. ▶ modelo



Administración de FERROL RU TELLEIRAS, S/N 15406 FERROL (A CORUÑA) Tel. 981356540 Delegación Especial de GALICIA

o de Remesa: 00092600011

N° Comunicación: 1996588207277

LANDAETA DAUBETERRE JUDITH MARINA

CALLE BATERIAS 25 PLANTA 1, PUERTA I

15401 FERROL

CORUÑA, A

CERTIFICADO

Página: 1

N° DE REFERENCIA:

La Agencia Estatal de Administración Tributaria,

Una vez examinados los datos y demás antecedentes en esta administración de la Agencia Estatal de Administración Tributaria,

CERTIFICA QUE:

NIF/NIE: Apellidos y Nombre: DOMICILIO FISCAL:

No consta que haya presentado la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Fisicas correspondiente al ejercicio 2018. Asimismo se le informa que de los datos que dispone la Administración Tributaria a la fecha de expedición del presente certificado, no consta información relativa a rentas/rendimientos imputables por el IRPF al solicitante arriba referenciado.

Y para que conste a los efectos oportunos,

Documento firmado electrónicamente (Ley 40/2015) por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, con fecha 17 de septiembre de 2019. Autenticidad verificable mediante Código Seguro Verificación en www.agenciatributaria.gob.es





Certificado de importes al cobro desglosado. ▶ modelo





CERTIFICADO DE IMPORTES AL COBRO DESGLOSADO

El Instituto Nacional de la Seguridad Social certifica que, según la información existente en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas,

con documento nacional de identidad pensión:

percibe en el día de la fecha la siguiente

Entidad INSS - MADRID

Clase de Pensión VIUDEDAD NUEVA LEY

Régimen AUTONOMOS

Fecha de efectos 01 de Noviembre de 2000

Suma de abonos 677,40 ∈ Retención IRPF 0,00 ∈ Deducciones 0,00 ∈ Importe líquido 677,40 ∈

Número de pagas ordinarias 12 Número de pagas extraordinarias 2

Datos económicos desglosados

Pensión353,25 ∈Revalorizaciones155,57 ∈Mínimo168,58 ∈Complementos0,00 ∈

IRPF No se aplica retención

Deducciones

REFERENCIAS ELE	ECTRÓNICAS		
ld. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
	24/10/2019		1

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 24/10/2021 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.





Certificado de prestación por hijo a cargo. ▶ modelo





EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE MADRID

CERTIFICA:

Que D/D^a. con D.N.I./N.I.E. , tiene reconocida una asignación económica por hijo o menor a cargo, por las personas e importes que a continuación se relacionan:

CAUSANTE/S

CUANTÍA MENSUAL

83,33

MADRID, a veintiséis de junio de dos mil diecinueve.

REFERENCIAS ELE	ECTRÓNICAS		
Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
	26/06/2019		 1

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 25/06/2024 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.





Certificado negativo de pensiones/subsidios desempleo/otras pensiones públicas. ▶ modelo





DIRECCIÓN PROVINCIAL

C/ VICTOR DE LA SERNA Nº43
28016 - MADRID

2800715 / CF-06

D^a. M ANGELES BURGUILLO RAMIREZ CL LA CERQUILLA 0010 PELAYOS DE LA PRESA 28696-MADRID

La Directora Provincial del Servicio Público de Empleo Estatal de Madrid, conforme consta en las bases de datos de este organismo, CERTIFICA, a los efectos oportunos, que Da.

con DNI no figura, al día de la fecha, como beneficiaria de una prestación/subsidio por desempleo.

En Madrid, a 19 de septiembre de 2019

LA DIRECTORA PROVINCIAL

Fdo.: M Elena Bernardo Llorente

S.V.:I

Para más información www.sepe.es ó 901 119 999





Certificado negativo pensiones/subsidios desempleo/otras pensiones públicas. ► modelo





INFORME NEGATIVO DE PENSIONISTA

Según la información existente en el Registr	o de Prestaciones Sociales Públicas:
	D.N.I.
no figura como titular de pensiones contrib pensiones públicas.	outivas del sistema de la Seguridad Social, ni de otra

Para cualquier consulta sobre los datos de este informe puede dirigirse al Centro de Atención e Información de la Seguridad Social más próximo a su domicilio, solicitando cita previa en el teléfono 901.10.65.70, o, si lo prefiere, puede utilizar el teléfono 901.16.65.65 donde le prestaremos atención directa y personalizada.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS				
ld. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:	
	16/07/2019		1	

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento quede ser comprohada hasta la fecha 16/07/2021 mediante el





Certificado negativo pensiones/subsidios desempleo/otras pensiones públicas. ► modelo



SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



CERTIFICADO NEGATIVO DE PENSIONISTA

El Instituto Nacional de la Seguridad Social certifica que, según la información existente en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas, D/Dª

, con DNI número , no figura como titular de pensiones del sistema de la Seguridad Social, ni de otras pensiones públicas.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS				
ld. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:	
	02/07/2019		1	

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 02/07/2021 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seouridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.



4. RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Se trata de un documento oficial que acredita la condición legal de persona con discapacidad expedido por las diferentes Comunidades Autónomas a través de los Centros de Valoración y Orientación, también conocidos como Centros Base, creado para tal fin.

Para que una persona obtenga la condición legal de persona con discapacidad, deberá tener reconocido un grado de, al menos, el 33 %.

Novedades.

El 20/10/2022 fue aprobado el nuevo Real Decreto que establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, *Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre.*

• Este nuevo Real Decreto entrará en vigor a partir de abril de 2023.

Hasta su entrada en vigor el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad seguirá regido por el *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.*

Las novedades que introduce el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, son:

Establece un nuevo Baremo de Valoración basado en el enfoque biopsicosocial de la CIF, a través del cual se valorarán tanto las deficiencias que presenta la persona, como las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación de la persona, que esas deficiencias generan; así como los factores contextuales que actúan como barrera, limitando el funcionamiento y la participación de la persona, generando, por ende, mayor discapacidad.

Se trata de un modelo de valoración centrado en la persona, en contraposición con el modelo utilizado por el *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre*, que se basa únicamente en un enfoque biológico, valorando únicamente las deficiencias de la persona.

Establece un *Trámite de urgencia* para el reconocimiento del grado de discapacidad, de oficio o a instancia de la persona interesada, cuando concurran razones de salud, de violencia de género, de esperanza de vida y de índole humanitaria que así lo aconsejen. El plazo máximo de resolución será de 3 meses.

Las personas que tengan reconocido el Grado de Discapacidad con anterioridad a la entrada en vigor de este nuevo Real Decreto no tendrán que pasar una nueva valoración, se les mantendrá la resolución y el grado de discapacidad reconocido en su momento. Sólo en caso de solicitar una revisión por agravamiento de su situación, se les aplicará el nuevo Baremo de Valoración.

Dónde hay que dirigirse para solicitar el reconocimiento del grado de discapacidad?

Para solicitar la Valoración y Reconocimiento del Grado de Discapacidad, la persona interesada deberá acudir al Centro Base correspondiente a su lugar de residencia. También podrá ser solicitado en las oficinas de Servicios Sociales Municipales.

Una vez solicitado, la persona interesada recibirá en su domicilio una citación para que el día y en la hora indicada se presente en el Centro Base correspondiente, donde se realizará la valoración.





Incapacidad Permanente Laboral y Grado de Discapacidad.

Desde que se dictó, por parte del Tribunal Supremo, la Sentencia 302/2020, de 12 de mayo, en la que se estableció que no cabe equiparar la incapacidad permanente a la discapacidad, tener reconocida una incapacidad laboral permanente en cualquiera de sus grados (Total, Absoluta o Gran Invalidez) no supone tener reconocida la condición legal de persona con discapacidad.

5. RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DEPENDENCIA

¿Qué es la situación de dependencia?

Es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria; o en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, precisan de otros apoyos para su autonomía personal.

¿Dónde hay que dirigirse para solicitar la valoración de la situación de dependencia?

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se inicia a instancia del/la interesado/a o por quien ostente su representación. Se solicita ante los Servicios Sociales municipales correspondientes al domicilio del interesado mediante el modelo oficial, acompañando los documentos que se requieran por la Administración Pública competente (la Administración Autónoma).

Puntos de información habilitados por los distintos Órganos Gestores de las Comunidades Autónomas y Direcciones Territoriales del IMSERSO:

https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/index.htm

¿Cuándo se emite la resolución del grado de dependencia?

El procedimiento se resolverá en un plazo de 6 meses, salvo que se produzca una paralización del mismo por causas imputables al/la interesado/a y se reconocerá, en su caso, el grado de dependencia del/la solicitante/a, y si procede, el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia a través del correspondiente Programa Individual de Atención (PIA), cuyo objeto será la determinación de la modalidad de intervención que se considere más adecuada.

Las resoluciones deberán notificarse a las personas solicitantes o a sus representantes legales, mediante correo certificado con acuse de recibo o por cualquier otro medio que permita tener constancia de su recepción.

¿Es posible solicitar una revisión del grado de dependencia?

El Grado de Dependencia será revisable, a instancia del/la interesado/a, de su representante o de oficio por las Administraciones Públicas competentes, por alguna de las siguientes causas:

- Mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia.
- Error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo.



¿Qué es el Programa Individual de Atención (PIA)?

Este programa determinará los servicios y prestaciones que le correspondan, en función del grado y nivel de dependencia reconocido y de lo que establezca la normativa vigente en materia de régimen de compatibilidad entre servicios y prestaciones del catálogo, y que sean considerados más adecuados a la situación personal del interesado.

El catálogo de prestaciones y servicios que contempla la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia es el siguiente:

- Prestaciones económicas:
 - Prestaciones económicas para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores no Profesionales.
 - Prestación Económica Vinculada a un Servicio.
 - Prestación Económica de Asistencia Personal.
- Servicios:
 - Promoción a la autonomía.
 - Prevención de situaciones de dependencia.
 - Atención residencial.
 - Centro de Atención Diurna/Nocturna.
 - Teleasistencia.
 - Ayuda a domicilio.
 - Atención Temprana.
 - Centros para personas con discapacidad.

Las prestaciones podrán ser modificadas o extinguidas en función de la situación personal del/ la beneficiario/a, cuando se produzca una variación de cualquiera de los requisitos establecidos para su reconocimiento, o por incumplimiento de las obligaciones reguladas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

6. INFORMES DE LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA (EOEP)

¿Qué son los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica?

Son los responsables de la orientación educativa en las etapas de educación infantil y primaria. Intervienen, en escuelas infantiles y en los centros escolares de educación infantil y primaria. Determinan las necesidades específicas de apoyo que puedan presentar los alumnos por, necesidades educativas especiales, dificultades específicas de aprendizaje y altas capacidades.

Están formados por profesionales docentes de las especialidades de orientación educativa, servicios a la comunidad y, en algunos de ellos, audición y lenguaje y pedagogía terapéutica. Intervienen de forma periódica y directa en los centros educativos de su zona y en coordinación con otros servicios de esta.





El trabajo de estos equipos se dirige a la comunidad educativa en su conjunto:

- Centros educativos, asesorando al profesorado y colaborando en la elaboración, desarrollo y evaluación de los proyectos de centro.
- Alumnos, definiendo las necesidades globales e individuales y proponiendo medidas de respuesta educativa, con especial atención a la prevención, detección, y evaluación psicopedagógica de alumnos con necesidades educativas especiales.
- Familias, asesorando sobre estrategias para afrontar las dificultades que puedan presentar los niños en su evolución.

Tipología de Equipos de orientación Educativa y Psicopedagógica:

- EOEP de Atención Temprana: desarrollan actuaciones preventivas de la aparición de trastornos y del agravamiento de discapacidades. Se ocupan, en coordinación con otras instituciones del sector, de la detección y atención de los problemas de desarrollo en los primeros años de vida, determinando las necesidades educativas especiales.
- EOEP Generales: responsables de la orientación de centros que escolarizan alumnos de 3 a 12 años.
- EOEP Específico: son equipos expertos en una discapacidad concreta y suponen un recurso especializado basándose en la permanente actualización de conocimientos específicos y su relación con las asociaciones y grupos de distintos profesionales implicados en su atención. Colaboran con los EOEP de sector y orientadores en centros, en la orientación a centros de integración preferente y en la realización de evaluaciones psicopedagógicas, cuando se precisan estrategias específicas, así como en la puesta en marcha de actuaciones educativas novedosas que permitan mejorar la respuesta a las necesidades de estos alumnos.

Informe de evaluación psicopedagógica:

Los equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana o Generales podrán solicitar la participación de los Equipos Específicos para complementar la evaluación psicopedagógica de los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones personales de discapacidad motora, auditiva, visual o trastornos del espectro del autismo.

Las conclusiones relativas a la determinación de necesidades educativas de los alumnos y la toma de decisiones sobre su escolarización quedarán recogidas en el **informe de evaluación psicopedagógica** y en el **dictamen de escolarización**.

El dictamen de escolarización será remitido a Inspección Educativa quien garantizará que el proceso se ha desarrollado conforme a la norma establecida.





7. DOCUMENTOS

Composición Unidad Familiar Computable.

Indique en el siguiente cuadro los miembros que componen la Unidad Familiar Computable (UFC).

Composición Unidad Familiar Computable				
Beneficiario/a de la Prestación	Edad	Discapacidad	% Discapacidad	Incapacidad Judicial
		Sí No		Sí No
Parentesco con el Beneficiario/a de la Prestación	Edad	Discapacidad	% Discapacidad	Incapacidad Judicial
		Sí No	0	Sí No
		Sí No		Sí No

En, de, de 20.....





Justificante Servicio de Atención en el Domicilio.

SERVICIO DE ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD)

PERSONA QUE RECIBE EL SERVICIO	
Nombre y Apellidos:	
NIF/NIE:	
PERSONA QUE REALIZA EL SERVICIO	
Nombre y Apellidos:	
NIF/NIE:	
INTENSIDAD DEL SERVICIO PRESTADO	<u>o</u>
Días/semana:	
Horas/día:	
	En,, a, de, 202
Firma	Firma
(Persona que recibe el servicio)	(Persona que realiza el servicio)





Recibo Servicio de Canguro.

RECIBO SERVICIO DE CANGURO

PERSONA CONTRATANTE DEL SERVICIO	
Nombre y Apellidos:	
NIF/NIE:	
PERSONA CONTRATADA PARA PRESTAR EL SERVICIO	
Nombre y Apellidos:	
NIF/NIE:	
SERVICIO PRESTADO	
Acompañamiento y atención al menor:	
el día, de a a a	
con motivo de :	
COSTE	
€.	
En,, a, de 202	
Eirma Eirma	

(Persona contratada)

(Persona contratante)





3.5. Teléfonos colegiales de información sobre ingresos PAIME

INSTITUCIÓN	TELÉFONO	INSTITUCIÓN	TELÉFONO
COM A CORUÑA	981295899	COM ILLES BALEARS	695799958
COM ALBACETE	651555206	COM LA RIOJA	600979894 • 639006149
COM ALICANTE	965261011	COM JAÉN	953295940
COM ALMERÍA	950233122	COM LEÓN	606777585
COM ARABA	646581200	COM LLEIDA	973273859
COM ASTURIAS	985230900	COM LUGO	659097907
COM ÁVILA	920221743	COM MÁLAGA	951019400
COM BADAJOZ	630966758	COM MADRID	915385104
COM BIZCAIA	646581200	COM MELILLA	625931436
COM BURGOS	628793793	COM MURCIA	868940230
COM CÁCERES	927222622 • 92240244	COM NAVARRA	682701444
COM CÁDIZ	956228742	COM OURENSE	636114562
COM CANTABRIA	629777101	COM PALENCIA	979720241
COM CASTELLÓN	964220 012	COM SALAMANCA	923263462
COM CEUTA	657021473	COM SEGOVIA	921422166
COM CIUDAD REAL	651555206	COM SEVILLA	954233910
COM CÓRDOBA	957488691 • 647917153	COM SORIA	628 973 973
COM CORUÑA	981295899	COM TERUEL	978617210
COM CUENCA	969212333	COM TOLEDO	651555206
COM GRANADA	958806600	COM VALENCIA	963355110
COM GUADALAJARA	949223017	COM VALLADOLID	983351703
COM GUIPÚZCOA	646581200	COM ZAMORA	628793793
COM HUELVA	959540630	COM ZARAGOZA	661888222
COM HUESCA	661888222		





3.6. Seguro de Defensa y Protección por Agresión

AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS

Seguro de Defensa y Protección por Agresión



La compañía aseguradora A.M.A. se obliga, dentro de los límites establecidos por la Ley, y en el Contrato de Seguro, a hacerse cargo de los gastos en que pueda incurrir el profesional como consecuencia de su intervención en un procedimiento judicial y a prestarle los servicios de asistencia judicial y extrajudicial derivados de la cobertura del seguro.



- Las tasas, derechos y costas judiciales derivadas de la tramitación de los procesos cubiertos.
- 2. Los honorarios y gastos de abogados.
- 3. Los derechos y suplidos del procurador si su intervención es preceptiva.
- 4. Los gastos notariales en su caso.
- 5. Los honorarios y gastos de peritos necesarios.
- La constitución en su caso de fianzas en procesos penales para conseguir la libertad del asegurado.





GARANTÍAS CUBIERTAS:



Defensa penal: en procedimiento por delito o falta contra el médico por agresiones u ofensas.



Fianzas: exigidas para obtener la libertad profesional o garantizar el pago de costas o tasas judiciales.



Reclamaciones de daños corporales u ofensas: Gastos derivados de la reclamación de daños corporales u ofensas sufridas por el médico en su puesto de trabajo, tanto en la vía penal como civil, así como indemnizaciones que por estos hechos puedan corresponder. En caso de fallecimiento o incapacidad del médico agredido, la garantía se hace extensible a los beneficiarios o herederos legales, en su caso.



Reclamaciones de daños materiales: Gastos ocasionados por la reclamación a terceros responsables de las indemnizaciones debidas a los daños y perjuicios causados al médico en su puesto de trabajo habitual, en todos sus bienes y enseres personales, así como cualquier otro bien del que sea poseedor.

APORTACIÓN:

- Protección Jurídica: hasta 3.000 €.
- Fallecimiento por agresión: 10.000 €.
- Incapacidad Permanente por agresión: hasta 10.000 €.
- Incapacidad Temporal por agresión:
 - Límite por siniestro: 100 €/día con un máximo de 12 días a contar desde el
 4º día siguiente a de la agresión.
- Se establece un límite anual de 100.000 € para fallecimiento, incapacidad permanente e incapacidad temporal.
- Para Protección Jurídica no se establece límite anual.

Libre elección de Abogado y Procurador

Sin perjuicio de que A.M.A. proporcione al Profesional Sanitario para la defensa y reclamación objeto de la cobertura los profesionales necesarios, éste tendrá derecho a elegir libremente el Procurador y Abogado que hayan de representarle y defenderle respectivamente en cualquier clase de procedimiento.

Unico requisito: comunicar a A.M.A. por escrito, el nombre de los profesionales elegidos en el plazo de 15 días desde su nombramiento.





3.7. Ayudas extraordinarias

La Fundación, de acuerdo con sus Estatutos, con el objeto de proteger situaciones de especial vulnerabilidad social, puede conceder ayudas y prestaciones con carácter extraordinario no contempladas en el Catálogo anual vigente, o contempladas en el Catálogo no reuniendo los requisitos establecidos. La condición extraordinaria (circunstancias personales, familiares, de salud, económicas o sociales), tendrá que estar documentada por el solicitante, informada por el Colegio Oficial de Médicos de referencia y avalada por el informe que emita el Servicio de Valoración y Orientación Social de la Fundación.

El canal de solicitud de estas ayudas es el mismo que el del resto de solicitudes de las ayudas y prestaciones del Catálogo: el Colegio Oficial de Médicos.





3.8. Información sobre pensiones no contributivas

Las pensiones no contributivas son prestaciones económicas, individuales y periódicas de la Seguridad Social dirigidas a:

- PNC Jubilación: Personas con al menos 65 años que no han cotizado nunca a la Seguridad Social o lo han hecho de forma insuficiente para poder acceder a una pensión contributiva de jubilación; y que, además, se encuentran en situación de carencia o insuficiencia de ingresos.
- PNC Invalidez: Personas entre los 18 y 65 años con un grado de discapacidad igual o superior al 65 %, que nunca han cotizado a la Seguridad Social o lo han hecho de forma insuficiente para poder acceder a una pensión de incapacidad laboral permanente; y que, además, se encuentran en situación de carencia o insuficiencia de ingresos.

Cuando la persona tenga reconocido, al menos, un 75 % de discapacidad y necesidad de concurso de 3ª persona, obtendrá un complemento de 3ª persona en su pensión.

¿Cuándo existe carencia o insuficiencia de ingresos?

Cuando no se superen los siguientes límites:

LÍMITE DE INGRESOS ANUALES 2023 (incremento extraordinario 15% RD-Ley 20/2022)

Único miembro en la Unidad de Convivencia		6.784,54 €/año	
		11.533,71 €/año	
Varios miembros en la Unidad de Convivencia, no existiendo en la misma progenitores, ni hijos/as.	3	16.282,88 €/año	
	4	21.032,05 €/año	
	5	25.781,22 €/año	
		28.834,27 €/año	
Varios miembros en la Unidad de Convivencia, existiendo en la misma progenitores y/o hijos/as.	3	40.707,20 €/año	
	4	52.580,12 €/año	
		64.453,05 €/año	





Cuantías PNC.

PENSIONES JUBILACIÓN E INVALIDEZ NO CONTRIBUTIVA 2023 (incremento extraordinario 15% RD-Ley 20/2022)

CUANTÍA	MENSUAL	ANUAL
Íntegra	484,61€	6.784,54 €
Mínima	121,15€	1.696,13 €
Complemento de 3ª Persona	242,30 €	3.392,27 €
Íntegra con Complemento de 3ª Persona	726,91 €	10.176,81 €

Complemento de pensión No contributiva: 525 € anuales para pensionistas que carezcan de vivienda en propiedad y residan en alquiler.

El Estado establece anualmente estas cuantías, pero la cuantía individual que percibirá el solicitante se establecerá en función de sus ingresos propios y los de su unidad económica de convivencia, en caso de tenerla.

El abono de esta pensión se realiza en 14 pagas, con dos pagas extraordinarias en junio y diciembre.

Beneficios de las PNC.

- Prestaciones farmacéuticas gratuitas.
- Acceso a todas las ayudas sociales y programas del IMSERSO dirigidas exclusivamente a los/as pensionistas.

Obligaciones de los/as pensionistas no contributivos.

- Comunicar en el plazo de 30 días al organismo que gestiona las PNC las variaciones en su convivencia, estado civil, residencia y en los ingresos propios y/o del resto de convivientes.
- Presentar en el 1º trimestre del año una declaración de sus rentas o ingresos y de los de su unidad económica de convivencia a través de un formulario tipo, que será enviado por carta al domicilio del pensionista.

Gestión y solicitudes.

- La gestión y reconocimiento del derecho a percibir una PNC se realiza por las Comunidades Autónomas, que tienen transferidas las competencias. En las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla se hace directamente por el IMSERSO.
- La solicitud de la PNC podrá presentarse en las oficinas de Servicios Sociales de las distintas Comunidades Autónomas, del IMSERSO o en el Instituto Nacional de la Seguridad social (INSS).





PNC y Prestaciones Económicas de la Fundación.

Las cuantías de las prestaciones de la Fundación son consideradas como ingresos para el cálculo de las PNC.

Si el pensionista tuviera ingresos anuales superiores al 35 % de la cuantía íntegra anual de la PNC fijada para el año en curso, su pensión se verá afectada, pudiendo, incluso perderla, debiendo además de devolver la totalidad de los ingresos percibidos a través de dicha pensión.

Por esta razón, en ningún caso, la prestación económica de la Fundación superará el 35 % de la cuantía íntegra anual de la PNC fijada para el año en curso. Se aplica así el Principio General número 1 del Catálogo de Prestaciones de la Fundación.

3.9. Sustitución de la incapacitación judicial por la curatela y el apoyo

El 2 de junio de 2021 se implementó la Ley 8/2021 y esta entró en vigor a principios de septiembre de 2021.

El objetivo de esta Ley es actualizar los conceptos legislados respecto a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.

¿Cuáles son los cambios principales con respecto a la incapacitación judicial?

Los principales cambios que introduce la nueva ley para sustituir la incapacitación judicial son los siguientes:

Desaparece la posibilidad de incapacitar, a través de una demanda judicial, a una persona con discapacidad intelectual.

Desaparece, por tanto, la figura de la tutela. Es decir, a partir de ahora no será posible que otra persona distinta a la que posee la discapacidad tome decisiones legales o médicas directamente por ella.

La tutela se sustituye, principalmente, por una curatela representativa o la aplicación de un sistema de apoyos voluntarios.

También desaparece la patria potestad prorrogada, que es la que se ejerce sobre los hijos una vez que hayan cumplido la mayoría de edad.





3.10. Glosario

Beneficiario/a de la prestación	El Socio Protector siempre que no esté fallecido. En caso de estar fallecido, el beneficiario/a de la prestación será la persona usuaria de la misma (Viudos/as y Huérfanos/as de Socios Protectores).
C.F.G.M.	Ciclo Formativo de Grado Medio.
C.F.G.S.	Ciclo Formativo de Grado Superior.
CGCOM	Consejo General de Colegio Oficiales de Médicos.
Donante	Persona física o jurídica que voluntariamente decide hacer una aportación o legado.
Factor de corrección	Porcentaje a descontar de la Renta Per Cápita anual de la Unidad Familiar Computable, según determinadas circunstancias. Las circunstancias a tener en cuenta son: la edad, la dependencia, la discapacidad, pertenecer a una familia numerosa o monoparental, entre otras.
FPSOMC	Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial.
Fundaciones de la OMC	Fundación para la Protección Social de la OMC, Fundación para la formación de la OMC y Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional.
Grado de Discapacidad	Grado reconocido por la Administración Pública a una persona en base a unos criterios técnicos aplicados a su situación y expresado en un porcentaje.
	Mide el nivel de dificultad general que tiene la persona para su integración social a causa de la discapacidad que padece y de los factores sociales complementarios relativos.
Grado de Dependencia	Grado reconocido por la Administración Pública a una persona con pérdida de autonomía física, mental o sensorial, debido a la edad, a una afección sensorial o por discapacidad.
	Se clasifica en Grados: Grado I o Dependencia Moderada: Apoyo reducido o intermitente. Grado II o Dependencia Severa: Apoyo más intenso, pero no permanente. Grado III o Gran Dependencia: Apoyo Generalizado.
I.R.P.F.	Impuesto sobre la renta de las personas físicas.
ILT	Incapacidad laboral transitoria.



Resultado obtenido al dividir los ingresos totales de la Unidad Familiar Computable componen. Ingresos totales de la Unidad Familiar Computable entre el número de miembros que la componen. Ingresos totales de la Unidad Familiar Computable. MIR Médico Interno Residente. Médico Interno Residente. Médico Interno Residente. Médico Interno Residente. Ministerio de Educación. N.I.F. Número de Identificación Fiscal. Es la identificación tributaria utilizada en España para las personas físicas y las personas juridicas. OMC Organización Médica Colegial. PAIME Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. PIA Programa Individual de Atención. Es el instrumento mediante el cual, una vez valorado y reconocido el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de Z5 años, y mayores de 25 años incapacidados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Hijos/as de Socios Protectores, Hijos/as de Socios Protectores, Hijos/as de Socios Protectores).		
Unidad Familiar Computable Unidad Familiar Computable. MIR Médico Interno Residente. M° de Educación Ministerio de Educación. N.I.F. Número de Identificación Fiscal. Es la identificación tributaria utilizada en España para las personas físicas y las personas jurídicas. OMC Organización Médica Colegial. PAIME Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. PIA Programa Individual de Atención. Es el instrumento mediante el cual, una vez valorado y reconocido el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. UFC Unidad Familiar Computable. Unidad Fa	•	Familiar Computable entre el número de miembros que la
M° de Educación Ministerio de Educación. N.I.F. Número de Identificación Fiscal. Es la identificación tributaria utilizada en España para las personas físicas y las personas jurídicas. OMC Organización Médica Colegial. PAIME Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. PIA Programa Individual de Atención. Es el instrumento mediante el cual, una vez valorado y reconocido el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. Uridad Familiar Computable. Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	_	=
N.I.F. Número de Identificación Fiscal. Es la identificación tributaria utilizada en España para las personas físicas y las personas jurídicas. OMC Organización Médica Colegial. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. PIA Programa Individual de Atención. Es el instrumento mediante el cual, una vez valorado y reconocido el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	MIR	Médico Interno Residente.
utilizada en España para las personas físicas y las personas jurídicas. OMC Organización Médica Colegial. PAIME Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. PIA Programa Individual de Atención. Es el instrumento mediante el cual, una vez valorado y reconocido el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidado oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	M° de Educación	Ministerio de Educación.
PAIME Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. PIA Programa Individual de Atención. Es el instrumento mediante el cual, una vez valorado y reconocido el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	N.I.F.	utilizada en España para las personas físicas y las personas
PIA Programa Individual de Atención. Es el instrumento mediante el cual, una vez valorado y reconocido el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Câpita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	OMC	Organización Médica Colegial.
Es el instrumento mediante el cual, una vez valorado y reconocido el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	PAIME	Programa de Atención Integral al Médico Enfermo.
el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más adecuados para cada caso y situación. PNC Pensión No Contributiva. RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	PIA	Programa Individual de Atención.
RPC Renta Per Cápita. SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de		el grado de dependencia de una persona por la Administración Pública, se establece la propuesta de intervención individualizada de acuerdo con las necesidades, y determina los recursos más
SAD Servicio de Atención en el Domicilio. Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	PNC	Pensión No Contributiva.
Socio Protector Médico/a colegiado/a, personal de los Colegios o del CGCOM y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	RPC	Renta Per Cápita.
y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una aportación económica y solidariamente. TAD Teleasistencia Domiciliaria. TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	SAD	Servicio de Atención en el Domicilio.
TAP Servicio Telemático de Apoyo Psicológico. UFC Unidad Familiar Computable. La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	Socio Protector	y sus Fundaciones que regular y voluntariamente hace una
Uridad Familiar Computable. Unidad Familiar Computable (UFC) La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	TAD	Teleasistencia Domiciliaria.
Unidad Familiar Computable (UFC) La Fundación considera como Unidad Familiar aquella Unidad que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	TAP	Servicio Telemático de Apoyo Psicológico.
(UFC) que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad oficialmente reconocida igual o superior al 65%. Usuario/a de la prestación La persona por la que se solicita la prestación económica (Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	UFC	Unidad Familiar Computable.
(Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de	·	que está formada por los cónyuges o progenitores, y los hijos descendientes de estos hasta la edad de 25 años, y mayores de 25 años incapacitados legalmente o con una discapacidad
	Usuario/a de la prestación	(Socios Protectores, Cónyuges o Parejas de Hecho de Socios protectores, Viudos/as de Socios Protectores, Hijos/as de



Para nuestros pacientes, somos sus médicos. Para nuestros compañeros, sus Socios Protectores.

Desde la Fundación para la Protección Social de la OMC atienden a los médicos y a sus familias con necesidades especiales de protección social. Date de alta tú también.

> Solicita más información en www.socioprotector.es





FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC

Médicos que protegemos a médicos







FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL

Dr. José Manuel Ribera Casado Especialista en Gerontología y Geriatría Nº de colegiado: 282813324



