



CATÁLOGO DE PRESTACIONES 2023

Fundación para la Protección Social
de la OMC





OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

Índice...

Presentación	5
Miembros de la Junta de Patronos	7
Equipo Técnico	9
I. Introducción	11
II. Criterios Generales	13
III. Prestaciones y Servicios:	15
1. Atención Social	17
2. Asistenciales	21
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



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



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



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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 | Presidente. |
| ■ Dra. María Isabel Moya García | Vicepresidenta Primera. |
| ■ Dra. Manuela García Romero | Vicepresidenta Segunda. |
| ■ Dr. José M.ª Rodríguez Vicente | Secretario. |
| ■ Dra. M.ª Rosa Arroyo Castillo | Vicesecretaria. |
| ■ Dr. Enrique Guilabert Pérez | Tesorero. |
| ■ Dr. Enrique Santos Pañero | Vocal y Representante Nacional de Médicos Jubilados. |
| ■ Dr. Francisco José Martínez Amo | Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Almería. |
| ■ Dr. Luis Antuña Montes | Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Asturias. |
| ■ Dr. Carlos R. Arjona Mateos | Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres. |
| ■ Dra. M.ª Concepción Villafáñez García | Presidenta del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real. |
| ■ Dr. Carlos Molina Ortega | Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cuenca. |
| ■ Dr. Antonio Aguado Núñez-Cornejo | Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Huelva. |
| ■ Dr. Francisco Miralles Jiménez | Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia. |
| ■ Dr. Francisco José del Riego Tomás | Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Palencia. |
| ■ Dr. Graciliano Estrada Trigueros | Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Segovia. |



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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

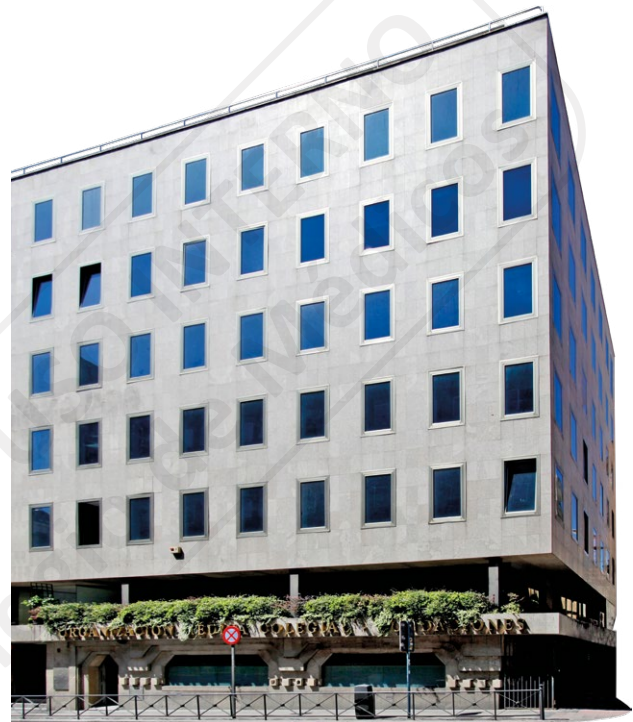
Sandra Vidarte Ramos
svidarte@fpsomc.es

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](https://twitter.com/fpsomc)



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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.



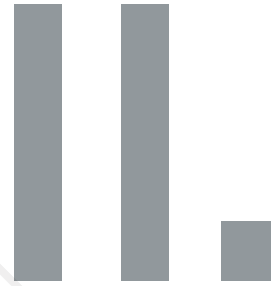
OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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.

1. 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.

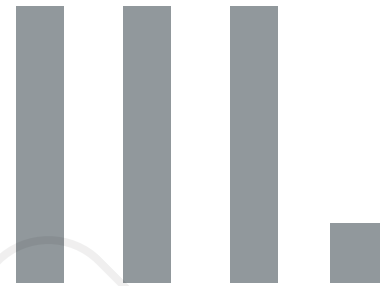
En el caso de que no se remita toda la documentación y esta sea reclamada, el plazo máximo para aportarla será de dos meses desde la fecha de recepción de la solicitud de la prestación en la Fundación, o desde la fecha del fallecimiento del socio protector si se tramita en los tres meses siguientes con 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



1. Atención Social.

Servicio de Información, Valoración y Orientación Social.

2. 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).

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.

4. 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.

5. Prevención, Promoción y Protección de 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).

6. Protección en el Ejercicio profesional.

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



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



Atención Social

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN 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.
-

DOCUMENTO DE USO INTERNO
FPSOMC – Colegio de Médicos

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.



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



Prestaciones asistenciales

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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 del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del padre/madre o tutor del huérfano/a o hijo/a:

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre y apellidos del/os huérfano/s o hijo/s beneficiario/s menor/es de 25 años:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Nº IBAN (huérfano/a o hijo/a) ES _____

Los mayores de 21 años que se encuentren realizando estudios oficiales, deberán también cumplimentar y enviar el impreso de solicitud de beca para estudios oficiales.

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

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.

DOCUMENTO DE USO INTERNO
FPSOMC – Colegio de Médicos

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 matrícula 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:

Nº 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 nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Nº IBAN ES _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

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.
- Fotocopia de la matrícula 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 matrícula 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 matrícula 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:**

Nº 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 nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P.: _____

Población: _____

Provincia: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Nº IBAN ES _____

Datos de estudios:

Nombre de los estudios matriculados: _____

Curso académico: _____ Curso actual: _____

Créditos matriculados: _____ Créditos aprobados: _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

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.
- 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:** _____**Datos del colegiado/a:**

Nº 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 nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Nº IBAN ES _____

Datos de estudios:

Nombre de los estudios matriculados: _____

Fecha de solicitud del título oficial: _____

Importe abonado: _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

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.
- 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

1º 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:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del beneficiario/a:

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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, 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma 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: VIUEDAD**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.

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del beneficiario/a:

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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, 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – MÉDICO CON DISCAPACIDAD.*Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

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, 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/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 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.

DOCUMENTO DE USO PRIVADO
FPSOMC – Colegio de Médicos

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**1º 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.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

- 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – MÉDICO JUBILADO.*Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

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, 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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 0 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).

Ingresos anuales por cada miembro de la UFC	Aportación FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	65 % del coste
De 18.001 €/año hasta 25.000 €/año	35 % del coste
Más de 25.001 €/año	No procede

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

1º 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.

Documentación justificativa para aplicación de Factores de Corrección:

- 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

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:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____ **Solicita** le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para escuela infantil (guardería) de su hijo/a.

Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda: _____

N.I.F.: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

*La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

Documentación a entregar – Solicitud de alta

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada. ▪ NIF del Socio Protector. ▪ Libro de Familia. ▪ Anexo <i>Composición Unidad Familiar Computable</i> 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. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <ul style="list-style-type: none"> – 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 MÉDICOS: _____

D./Dª (nombre y apellidos padre/madre o tutor): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito le sea concedida una **prórroga** a D./Dª (nombre y apellidos del beneficiario/a): _____ con N.I.F.: _____ para el año 2024 en la prestación que viene percibiendo, en la cuantía establecida para el citado año.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 cumplimiento obligatorio 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

A rellenar sólo en caso de **cambio de domicilio (cumplimentar en letra mayúscula):**

D./Dª: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

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 MÉDICOS:** _____**DENOMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN (Marcar lo que proceda):**

- Huérfano con discapacidad.
 Viudedad.
 Médico con discapacidad (Socio Protector de la FPSOMC).
 Médico jubilado (Socio Protector de la FPSOMC).

D./D^a (nombre y apellidos): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito me sea concedida una **prórroga** para el año 2024 en la prestación que vengo percibiendo, en la cuantía establecida para el citado año.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

A rellenar sólo en caso de **cambio de domicilio (complimentar en letra mayúscula):**D./D^a: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ E-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 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.

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 MÉDICOS: _____

D./D^a (nombre y apellidos): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito me sea concedida una **prórroga (semestral)** en la prestación que vengo percibiendo.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 cumplimiento obligatorio 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

.....
A rellenar sólo en caso de **cambio de domicilio (cumplimentar en letra mayúscula):**

D./D^a: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

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 prestaciones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UFC.



Prestaciones para la Dependencia - Discapacidad

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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 Transporte 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



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 del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del beneficiario/a (socio protector, viudo/a o actual beneficiario/a):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho/viudo/a , hijo/a o beneficiario/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD).*Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho/ viudo/a o hijo/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/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.

Tipología

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



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:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho/viudo/a o hijo/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

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:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho .

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 absolutamente cierto.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 cumplimiento obligatorio 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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.
- Última 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – CONVALECENCIA.*Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho/viudo/a .**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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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.
- Última 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 RESIDENCIALDocumentación 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – CENTRO RESIDENCIAL.

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho/viudo/a o hijo/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD – RESIDENCIA SIGLO XXI.

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del beneficiario/a (socio protector o viuda/o):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho/viudo/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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.

Solicitudes

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

Compatibilidad

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

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.



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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del beneficiario/a (socio protector o hijo/a de socio protector fallecido):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña 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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, 'FPSOMC'), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, 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 Sobvenido, 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 Sobvenido 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del beneficiario/a (socio protector o hijo/a de socio protector fallecido):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para su hijo/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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 conste de, 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:

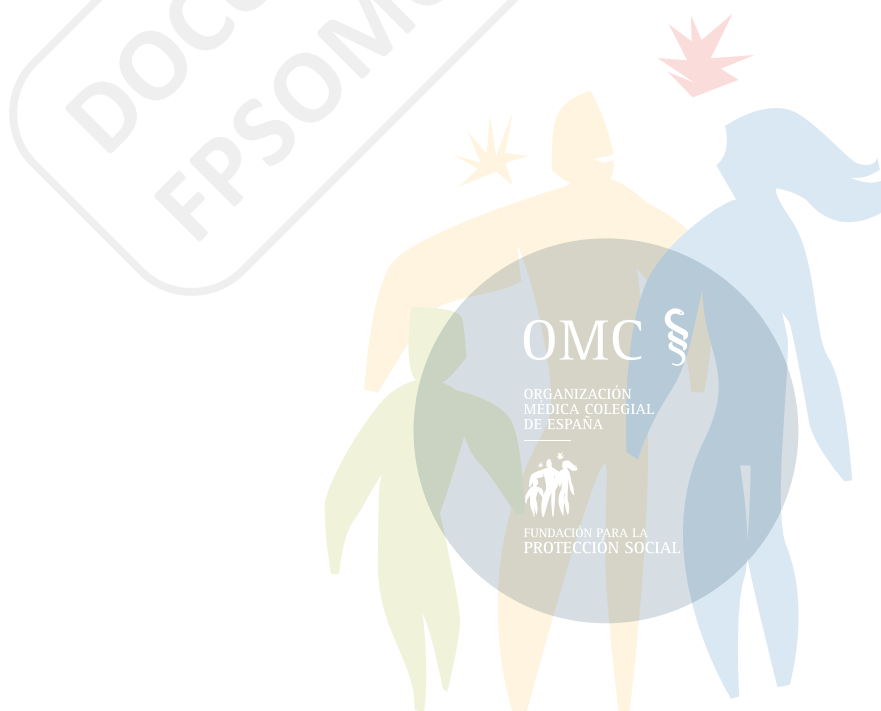
- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.

Solicitudes

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

Compatibilidad

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del beneficiario/a (socio protector, viudo/a o actual beneficiario/a):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho/viudo/a , hijo/a o beneficiario/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 pertenece 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma 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 conste de haber, 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

Datos del beneficiario/a (socio protector, viudo/a o actual beneficiario/a):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ 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, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho/viudo/a , hijo/a o beneficiario .

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 absolutamente cierto.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 cumplimiento obligatorio 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD
AUTONOMÍA PERSONAL – ADAPTACIÓN DEL VEHÍCULO PARTICULAR.***Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita que, previo a los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. 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.

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 absolutamente cierto.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN 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 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita que, previo a los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. 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.

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 absolutamente cierto.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ATENCIÓN 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.
- 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 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 Transporte 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 Transporte 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.

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.

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para (marcar con una X lo que proceda): Socio protector , cónyuge o pareja de hecho o hijo/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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.



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

Prestaciones para la Dependencia - Discapacidad Solicitudes de Prórroga Anual

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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 (Marcar lo que proceda):

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- Atención en el Domicilio (SAD).
- Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Centro Residencial.
- Residencia Siglo XXI.
- Autonomía Personal - Ayuda para el uso de Transporte Adaptado.

TIPO DE USUARIO (Marcar lo que proceda):

- Socio Protector.
- Cónyuge o pareja de hecho/viudo/a.
- Hijo/a.
- Beneficiario/a.

D./D^a (nombre y apellidos): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito me sea concedida una **prórroga** para el año 2024 en la prestación que vengo percibiendo, en la cuantía establecida para el citado año.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

A rellenar sólo en caso de **cambio de domicilio (cumplimentar en letra mayúscula):**

D./D^a: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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 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 MÉDICOS: _____

DENOMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN (Marcar lo que proceda):

- Atención Temprana (0-6 años).
 Tratamientos Especiales (6-21 años).

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

D./D^a (nombre y apellidos): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito me sea concedida una **prórroga (semestral)** en la prestación que vengo percibiendo.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

A rellenar sólo en caso de **cambio de domicilio (complimentar en letra mayúscula):**

D./D^a: _____

Domicilio: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

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.



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



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

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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

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.
- 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.

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para padre/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: _____

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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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.

DOCUMENTO INTERNO
FPSOMC – Colegiales Médicos

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

1º 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

- Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL – ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (SAD).*Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para padre/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: _____

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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 pertenece 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para padre/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: _____

Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el solicitante 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 la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL –
RESPIRO DEL CUIDADOR.***Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para padre/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: _____

Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el solicitante 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 la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para padre/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: _____

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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma 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.

DOCUMENTO INTERNO
FPSOMC – Colegio de Médicos

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL –
RESIDENCIA SIGLO XXI.***Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para padre/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: _____

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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

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

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

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para su hijo/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 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL
APOYO FAMILIAR – ESCUELAS O CAMPAMENTOS DE VERANO.***Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.***Datos del colegiado/a:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para su hijo/a:**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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 cumplimiento obligatorio 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 establecidos 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 ante 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@cgc.com.es.

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

**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 lo que proceda):

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- Atención en el Domicilio (SAD).
- Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- Centro Residencial.
- Residencia Siglo XXI.

TIPO DE USUARIO:

- Padres.

D./D^a (nombre y apellidos): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito me sea concedida una **prórroga** para el año 2023 en la prestación que vengo percibiendo, en la cuantía establecida para el citado año.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

A rellenar sólo en caso de **cambio de domicilio (cumplimentar en letra mayúscula):**

D./D^a: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN SEGÚN EL TIPO DE PRESTACIÓN:

Para todas las prestaciones:

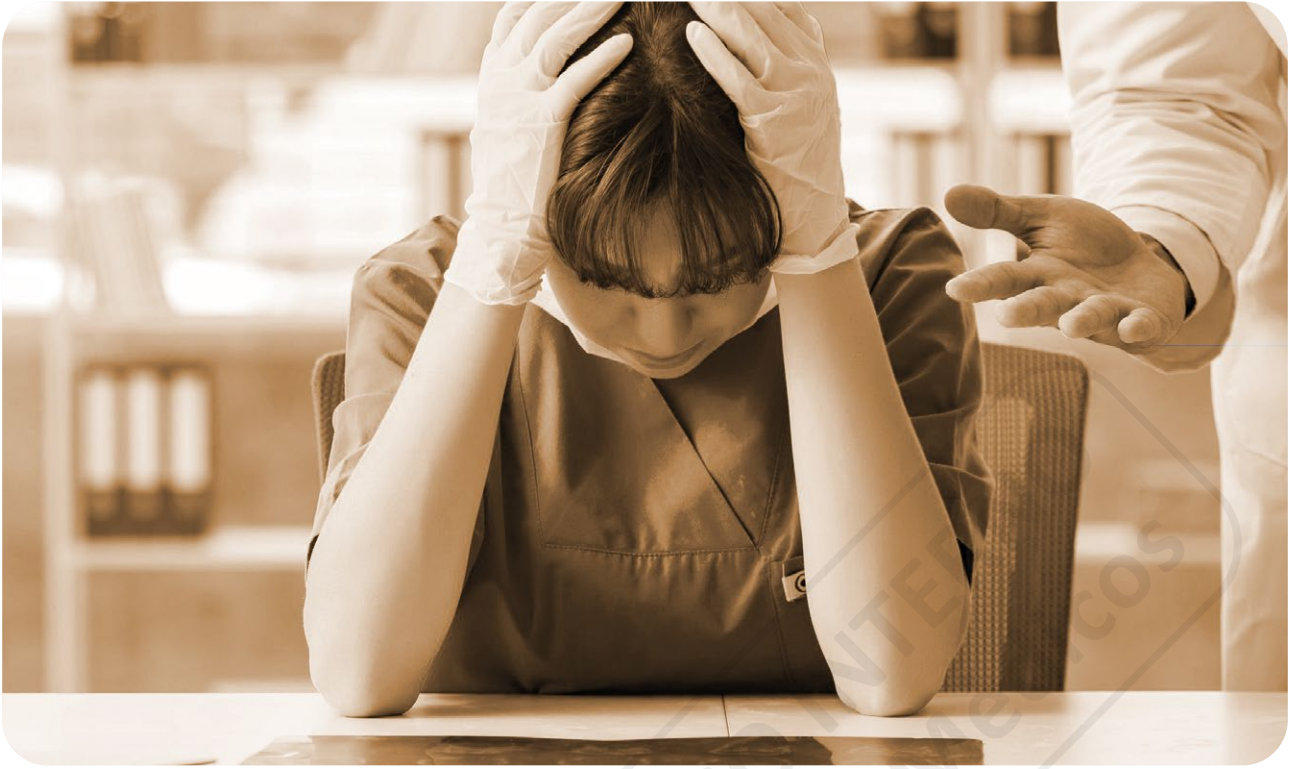
- Impreso de la solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UFC.
 - Declaración de la Renta del último ejercicio económico de todos los miembros de la UFC obligados a presentarla. En caso de no hacer la declaración, presentar certificado de imputaciones 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 UFC.

Para las prestaciones de Teleasistencia Domiciliaria (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

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



**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 Colegios Oficiales de Médicos: _____

Colegio Oficial de Médicos: _____

Porcentaje cubierto por Convenio existente entre la Comunidad Autónoma y el Consejo Autonómico de Colegios Médicos/Colegio Oficial de Médicos: _____

Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos:

Está 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. Especificar la reclamación: _____

NO. Motivo: _____

Clínica homologada de derivación para el ingreso: _____

El equipo clínico establecido por el Colegio Oficial de Médicos que se hará cargo del tratamiento ambulatorio, una vez finalizado el periodo de internamiento, será: _____

Situación laboral del médico al ingreso: _____

- Primer ingreso: Motivo del ingreso: Enfermedad mental.
 Conducta adictiva.
- Reingreso: Fecha último ingreso: _____
Causa del reingreso: Enfermedad mental.
 Conducta adictiva.

Se **solicita** la prestación establecida por la Fundación para el PAIME, a favor del colegiado con N.I.F.: _____

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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 cumplimiento 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma 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, adicción a las Redes Sociales y Nuevas Tecnologías), que para la atención, rehabilitación y re inserción 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 transcurrido 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:

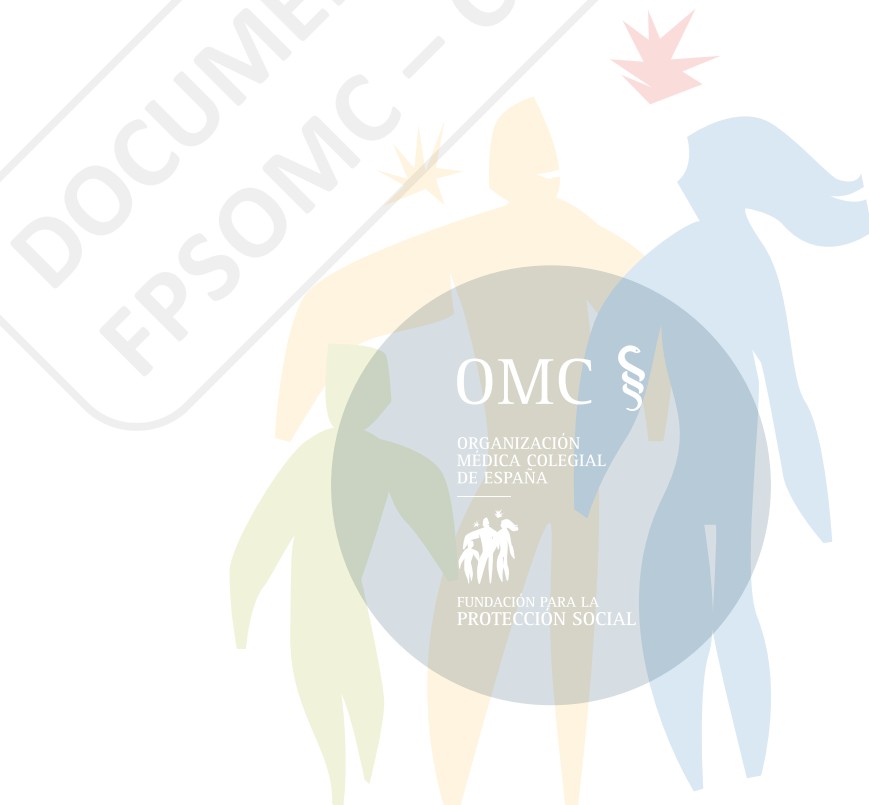
- NIF del hijo/a del Socio Protector.
- En caso de separación legal o divorcio de los progenitores, Sentencia de Separación o divorcio y NIF del Progenitor que ostenta su guarda y custodia.
- En caso de que el hijo/a se encuentre incapacitado judicialmente, Sentencia de Incapacitación y NIF/CIF de la 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

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.



**SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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:**

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Nº IBAN ES _____

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: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____

solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación, a cuyo efecto y para su tramitación reglamentaria acompaña los documentos necesarios para su hijo/a:**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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

SOLICITUD DE PRESTACIÓN PARA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

beneficiario/a (socio protector o viudo/a):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ 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: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P. _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea conceda la ayuda que proceda. 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:

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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/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

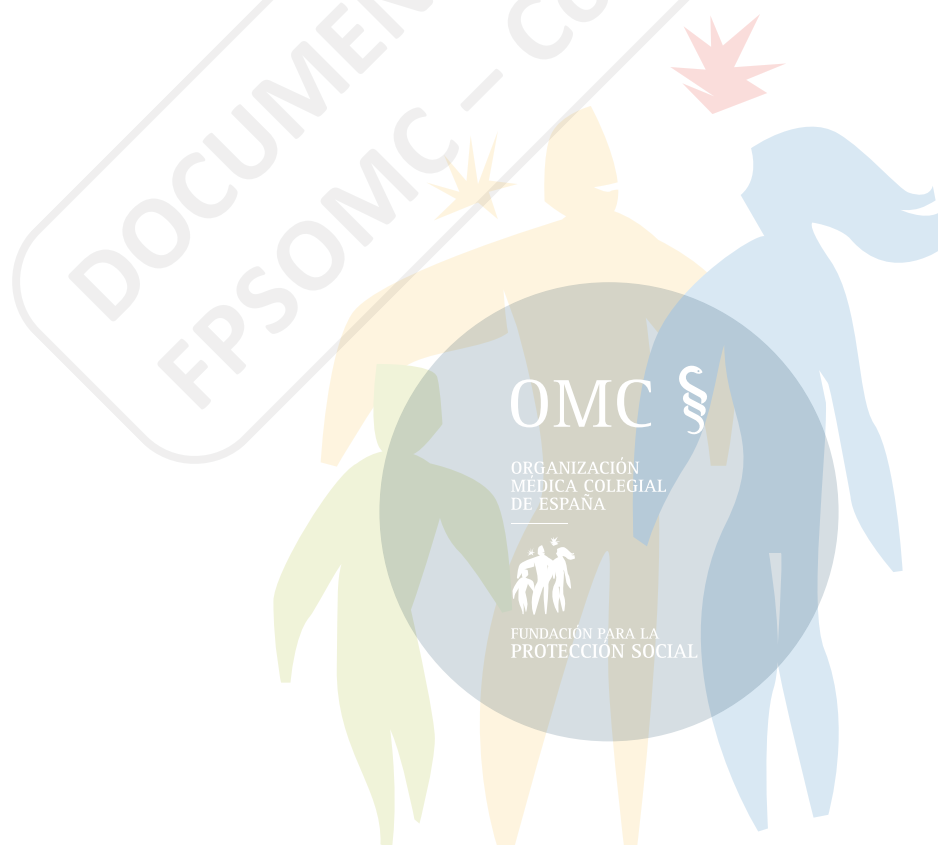
- Estar matriculado en España en Estudios de Grado de Medicina.
- No estar siendo atendido por otras entidades públicas o privadas.

Solicitudes

- Plazo: en cualquier momento del año.
- Contacto: a través de WhatsApp al nº (+34) 669 438 903.

Compatibilidades

Cualquier otra prestación de la Fundación, previa valoración.





OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



Prestaciones para la Protección en el Ejercicio profesional

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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.
-

DOCUMENTO DE USO INTERNO
FPSOMC – Colegio de Médicos

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 Jurídica.
 - 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.

Datos del colegiado/a:

Nº 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 NO (marcar lo que proceda)

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,

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: _____

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. 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 Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad 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 receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar 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 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 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 establecidos 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 ante 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.

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	Ayuda FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	65 % del coste
18.001 €/año a 25.000 €/año	35 % del coste
Más de 25.001 €/año	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	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

- 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	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

- 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 €**, 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

- Ayuda para el uso de Transporte 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	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

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	Ayuda FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste
40.001 €/año hasta 60.000 €/año	25 % del coste
Más de 60.001 €/año	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
18.001 €/año a 25.000 €/año	25 % del coste
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 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

- 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

IV.

1. 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 incapacidad judicial por la curatela y el apoyo.
- 3.10.** Glosario.

DOCUMENTO DEL FSO INTERNO
FPSOMC – Colegio de Médicos

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 \geq 75 % y necesidad de concurso de 3ª Persona o Grado III.	-20%	Prestaciones Económicas de Huérfano con Discapacidad y Médico con Discapacidad.
Reconocimiento de Grado de Discapacidad \geq 75 % sin necesidad de concurso de 3ª Persona o Grado III.	-5%	
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, Prórroga al cumplir los 21 años, Becas para estudios oficiales, Expedición de Título Oficial, Eje de Conciliación y PAIME.
Familias numerosas o monoparentales	-5%	
Socios Protectores, su cónyuge o hijos/as como usuarios de prestaciones económicas.	-10%	Prestaciones Económicas del Eje de Dependencia-Discapacidad (TAD, SAD, Centro de Atención Diurna/Nocturna, Centro Residencial y Residencia Siglo XXI).
Socios Protectores y su cónyuge como usuarios de prestaciones económicas en modalidad de Atención Integral.	-5%	
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 ((lunes 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	L a J: 8:00 a 18:30 V: 8:00 a 15:00	954 222 577	C/ Amador de los Ríos, 60 41003 Sevilla
		M.ª Luisa Rey Jiménez		955 149 763	
		Ana Quijano		954 226 881	
Andalucía Oriental Almería, Granada, Jaén, Málaga; Ceuta y Melilla	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 18003 Granada
		Ana Quijano		958 206 102	
Aragón	Zaragoza	Judit Rodrigo Sánchez	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
		Pilar Vahl del Álamo			
Asturias	Oviedo	María Souto Serrano	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
		Ángeles Alonso Álvarez			
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 - 2º 07003 Palma de Mallorca (Islas Baleares)
Canarias	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
	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/ Afilarmonica Nifú-Nifá, 40. Local 38005 Santa Cruz de Tenerife
Castilla y León	Valladolid	Regina Verdugo García	L a J: 8:00 a 18:00 V: 8:00 a 15:00	983 292 867	C/ Renedo, 14. Local 4 47005 Valladolid
		Cristina Sebastián Calvo		983 305 428	
Cataluña	Barcelona	María Sánchez-Fortún	L a J: 9:00 a 18:00 V: 9:00 a 15:30	934 493 671	C/ Sant Antoni Mª Claret, 132-134 Local C-2 08025 Barcelona
		Nerea Rosillo Pouza			
		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)
Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha	Madrid	Sara Sierra Díez	L a J: 8:00 a 18:00 V: 8:00 a 15:00	917 123 147	C/ Alcalá 265 Entrada por C/ Las Ventas 28027 Madrid
		Sandra Rojas		917 123 150	
		Daniel Acosta Ortega		917 123 151	
		Sandra González Peinado		917 123 148	
		Rocío Martín Birlanga		917 123 152	
		Noelia Jiménez García		917 123 149	
		Diana Muñoz Hellín		917 123 155	
		Natalia Battaner Ruíz		917 123 146	
País Vasco y Cantabria	Bilbao	Marta Echevarria Zunzarren	L a J: 8:30 a 14:30 y 15:30 a 17:40 V: 8:30 a 15:00	944 472 166	C/ Puente de Deusto, 3 - Bajo 48014 Bilbao
		Lucía Iglesias Fernández		944 472 812	
Región de Murcia	Murcia	María Alemán García	L a J: 9:00 a 14:00 y 14:30 a 18:00 V: 9:00 a 15:00	968 234 445	C/ Periodista Encarna Sánchez, 12 30007 Murcia
		María Durán García			
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 46003 Valencia
		Ana Furió Fornes		963 156 000	

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 donde 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.

1. 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_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8zijQ3NTAwtdQx93A08XQ0cQ329Qy2NA43djcZ0w_EpMLA00I8iRr8BDuBIUL8XIQVAHxgV-Tr7putHFSSWZOhm5qXl60cUpOYVA32YWqwFYWCM4ITrREzD-wfsAI8Dg4GmIOQXpR5eNhkGXiqAgAbPJBSg!/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_z63u526DMY8Yd4MMMIBSf7EImvsJL_Pv-GB-6VF_TQNck4jEWxJm6T4LvKMxRROQsEO2A-T65sUd0w3aQus5_qyQtI0kBscHOJZb6sSo8Y-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.

DOCUMENTO DE USO INTERNO
FPSOMC – Colegio de Médicos

Declaración de la Renta. ▶ modelo

Agencia Tributaria
Teléfono: 901 33 55 33
www.agenciatributaria.es

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas 2018

Página 1

Primer declarante y cónyuge, en caso de matrimonio no separado legalmente

Primer declarante

01 NIF
02 Apellidos y nombre

Sexo del primer declarante: H: hombre (05) M: mujer (06) Estado civil (el 31-12-2018): Soltero/a (06) Casado/a (07) Viudo/a (08) X Divorciado/a o separado/a legalmente (09)

Fecha de nacimiento: 10
Grado de discapacidad. Clave: 11
Cambio de domicilio. Si ha cambiado de domicilio, consigne una "X": 13

Domicilio habitual actual del primer declarante

15 Tipo de Vía CALLE 16 Nombre de la Vía Pública
17 Tipo de numeración NUM 18 Número de casa 19 Calificador del número 20 Bloque 21 Portal 22 Escal. 23 Planta 24 Puerta
25 Datos complementarios del domicilio 26 Localidad / Población (si es distinta del municipio) MADRID 27 Código Postal 28 Nombre del Municipio 29 Provincia

Si el domicilio está situado en el extranjero:
35 Domicilio / Address 36 Datos complementarios del domicilio
37 Población / Ciudad 39 Código Postal (ZIP) 40 Provincia / Región / Estado
41 País 42 Código País
43 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 domicilio habitual actual. Si el primer declarante y/o su cónyuge son propietarios de la vivienda, se consignarán también, en su caso, los datos de las plazas de garaje, con un máximo de dos, y de los trasteros y anexos adquiridos conjuntamente con la misma, siempre que se trate de fincas registrales independientes.

Titularidad (clave)	Porcentaje/s de participación, en caso de propiedad o usufructo:	Situación (clave)	Referencia catastral
50 1	Primer declarante: 51 100.00	Cónyuge: 52	53 1 54
50	Primer declarante: 51	Cónyuge: 52	54
50	Primer declarante: 51	Cónyuge: 52	54
50	Primer declarante: 51	Cónyuge: 52	54
50	Primer declarante: 51	Cónyuge: 52	54
50	Primer declarante: 51	Cónyuge: 52	54
50	Primer declarante: 51	Cónyuge: 52	54
50	Primer declarante: 51	Cónyuge: 52	54

Sólo si ha consignado la clave 3 en la casilla 50: NIF arrendador 55 Si no tiene NIF, consigne Número de identificación en el País de residencia 56

Cónyuge (los datos identificativos del cónyuge son obligatorios en caso de matrimonio no separado legalmente)

57 NIF
58 Apellidos y nombre

Sexo del cónyuge (H: hombre; M: mujer) 59
Fecha de nacimiento del cónyuge 60
Grado de discapacidad del cónyuge. Clave 61
Cónyuge no residente que no es contribuyente del IRPF 62
Cónyuge no residente que reside en un país de la UE o del EEE, y se aplica la deducción por unidades familiares formadas por residentes fiscales en la UE o del EEE 64
Cambio de domicilio. Si el cónyuge ha cambiado de domicilio, consigne una "X" en esta casilla. (Sólomente en caso de declaración conjunta) 63

Domicilio habitual actual del cónyuge, en caso de tributación conjunta (si es distinto del domicilio del primer declarante)

15 Tipo de Vía 16 Nombre de la Vía Pública
17 Tipo de numeración 18 Número de casa 19 Calificador del número 20 Bloque 21 Portal 22 Escal. 23 Planta 24 Puerta
25 Datos complementarios del domicilio 26 Localidad / Población (si es distinta del municipio)
27 Código Postal 28 Nombre del Municipio 29 Provincia

Si el domicilio está situado en el extranjero:
35 Domicilio / Address 36 Datos complementarios del domicilio
37 Población / Ciudad 39 Código Postal (ZIP) 40 Provincia / Región / Estado
41 País 42 Código País
43 País de residencia en la UE o EEE en 2018 (excepto España) 44 Nacionalidad

Representante

65 NIF 66 Apellidos y nombre o razón social

Devengo

Atención: este apartado únicamente se cumplimentará en las declaraciones individuales de contribuyentes fallecidos en el ejercicio 2018 con anterioridad al día 31 de diciembre.
Fecha de finalización del período impositivo Fecha de fallecimiento 67

Opción de tributación

Indique la opción de tributación elegida (marque con una "X" la casilla que proceda)
Atención: solamente podrán optar por el régimen de tributación conjunta los contribuyentes integrados en una unidad familiar.

Tributación individual 68 X
Tributación conjunta 69

Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia en el ejercicio 2018

Clave de la Comunidad Autónoma o de la Ciudad con Estatuto de Autonomía en la que tuvierón su residencia habitual en 2018 70 12

OTRA INFORMACIÓN

Certificado de imputaciones del IRPF. ► modelo

Pag.: 1/2

 Delegación de HUELVA
 PS SANTA FE, 22
 21071 HUELVA (HUELVA)
 Tel. 959281222
CERTIFICADO DE IMPUTACIONES DEL I.R.P.F. 2018**IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO**

N.I.F.:

Nº de Referencia:

La Agencia Estatal de Administración Tributaria,

Conforme a los datos que obran en la A.E.A.T.

CERTIFICA QUE:

 NIF/NIE: : Apellidos y Nombre:
 DOMICILIO FISCAL:

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	Reducciones aplicables
6.552,00	0,00	0,00

ARRENDAMIENTOS DE INMUEBLES

Retribución	0,00
-------------	------

RENDIMIENTOS DE CUENTAS BANCARIAS

Retribución	0,00
-------------	------

OTROS RENDIMIENTOS EXPLICITOS 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

Retribución	0,00
-------------	------

Certificado de imputaciones del IRPF. ► modelo

Pag.: 2/2

Agencia Tributaria
www.agenciatributaria.es

Delegación de HUELVA

CERTIFICADO DE IMPUTACIONES DEL I.R.P.F. 2018

N.I.F. Solicitante:

Nº de Referencia:

VENTAS DE ACTIVOS FINANCIEROS Y OTROS VALORES MOBILIARIOS

Rendimiento	
LETRAS DEL TESORO	0,00
OTROS AA.FF. QUE GENERAN RENDIMIENTOS	0,00

VENTAS DE FONDOS DE INVERSIÓN

Ganancia Patrimonial	Perdida Patrimonial
0,00	0,00

GANANCIAS PATRIMONIALES QUE NO DERIVAN DE LA TRANSMISIÓN 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	
PATRIMONIALES	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

Nº de Remesa: 00092600011



Nº Comunicación: 1996588207277

LANDAETA DAUBETERRE JUDITH MARINA
CALLE BATERIAS 25 PLANTA 1, PUERTA I
15401 FERROL
CORUÑA, A

CERTIFICADO

Página: 1

Nº 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 Físicas 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



MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



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 _____, percibe en el día de la fecha la siguiente pensión:

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	
Pensión	353,25 €
Revalorizaciones	155,57 €
Mínimo	168,58 €
Complementos	0,00 €
IRPF	No se aplica retención
Deducciones	

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS			
Id. 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 ELECTRÓNICAS			
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

SERVICIO PÚBLICO
DE EMPLEO ESTATAL**SEPE**

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 D^a.

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

C.S.V.:i

Certificado negativo pensiones/subsidios desempleo/otras pensiones públicas. ► modelo



MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL
DIR3: EA0021194

INFORME NEGATIVO DE PENSIONISTA

Según la información existente en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas:

.....

D.N.I.

no figura como titular de pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social, ni de otras pensiones públicas.

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			
Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
	16/07/2019		1

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento queda ser comprobada hasta la fecha 16/07/2021 mediante el

Certificado negativo pensiones/subsidios desempleo/otras pensiones públicas. ► modelo



MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL
DIR3: EA0021194

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/D^a _____, con DNI número _____, no figura como titular de pensiones del sistema de la Seguridad Social, ni de otras pensiones públicas.



REFERENCIAS ELECTRÓNICAS			
Id. 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 Seguridad 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 concurren 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		Sí No
		Sí No		Sí No
		Sí No		Sí No
		Sí No		Sí No
		Sí No		Sí No
		Sí No		Sí No

En, a, 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

Días/semana:

Horas/día:

En,, a, de, 202....

Firma
(Persona que recibe el servicio)

Firma
(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, de 20....., en horario de a

con motivo de :

.....

.....

COSTE

..... €.

En,, a, de, 202....

Firma
(Persona contratante)

Firma
(Persona contratada)

3.5. Teléfonos colegiales de información sobre ingresos PAIME

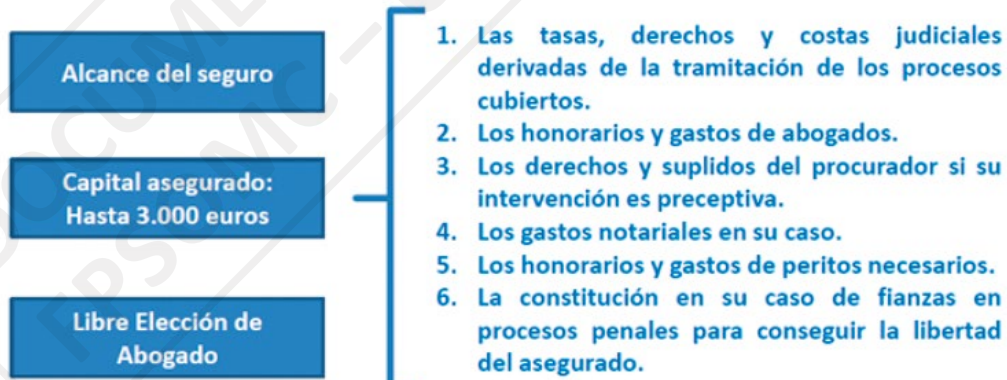
INSTITUCIÓN	TELÉFONO	INSTITUCIÓN	TELÉFONO
COM A CORUÑA	981295899	COM ILLES BALEARS	695799958
COM ALBACETE	651555206	COM LA RIOJA	600979894 ▪ 639006149
COM ALICANTE	965261011	COM JAÉN	953295940
COM ALMERÍA	950233122	COM LEÓN	606777585
COM ARABA	646581200	COM LLEIDA	973273859
COM ASTURIAS	985230900	COM 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.



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.

DOCUMENTO DE USO INTERNO
FPSOMC – Colegio 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
Varios miembros en la Unidad de Convivencia, no existiendo en la misma progenitores, ni hijos/as.	2	11.533,71 €/año
	3	16.282,88 €/año
	4	21.032,05 €/año
	5	25.781,22 €/año
Varios miembros en la Unidad de Convivencia, existiendo en la misma progenitores y/o hijos/as.	2	28.834,27 €/año
	3	40.707,20 €/año
	4	52.580,12 €/año
	5	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	<p>Grado reconocido por la Administración Pública a una persona en base a unos criterios técnicos aplicados a su situación y expresado en un porcentaje.</p> <p>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.</p>
Grado de Dependencia	<p>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.</p> <p>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.</p>
I.R.P.F.	Impuesto sobre la renta de las personas físicas.
ILT	Incapacidad laboral transitoria.

Renta Per Cápita anual de la Unidad Familiar Computable	Resultado obtenido al dividir los ingresos totales de la Unidad Familiar Computable entre el número de miembros que la componen.
Ingresos totales de la Unidad Familiar Computable	Suma de los ingresos de todos los miembros que componen la Unidad Familiar Computable.
MIR	Médico Interno Residente.
Mº 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.
UFC	Unidad 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 Socios Protectores y Huérfanos/as de Socios Protectores).



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



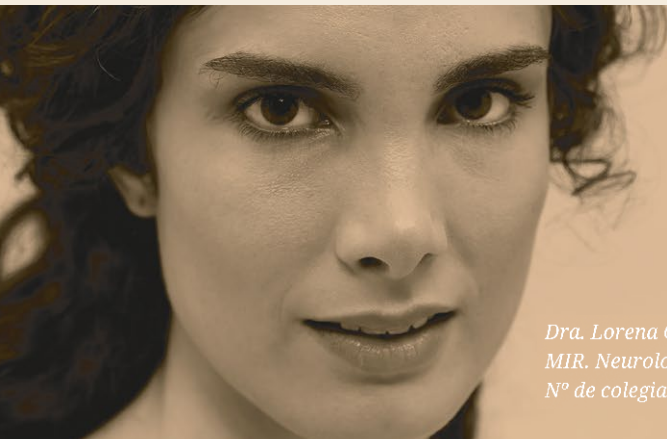
FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

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



Dra. Lorena Caballero Sánchez
MIR. Neurología
Nº de colegiada: 404003118

FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC

Médicos que protegemos a médicos

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



Dr. José Manuel Ribera Casado
Especialista en Gerontología y Geriátrica
Nº de colegiado: 282813324



Dra. María José Santiago Lozano
Especialista en Pediatría
Nº de colegiada: 284505158



Dr. José María Alonso de los Santos
MIR. Medicina Interna
Nº de colegiado: 404003114