

Prestación económica individual a personas con discapacidad

Datos del interesado

Tipo de persona NIF/CIF

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

(Solo si Tipo de persona = Física)

Razón Social

(Solo si Tipo de persona = Jurídica)

Datos del representante

Tipo de persona NIF/CIF

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

(Solo si Tipo de persona = Física)

Razón Social

(Solo si Tipo de persona = Jurídica)

Poder de representación que ostenta

Nombre del Convenio

(Solo si Poder de representación que ostenta = Estoy adherido a un convenio con esta administración para representar al interesado)

Datos a efectos de notificaciones

Medio de notificación

En Papel

Electrónica

(Será obligatorio disponer de DNIe / Certificado electrónico o Cl@ve PIN / Permanente)

Email

(A efecto de avisos de recepción de notificaciones electrónicas)

Móvil

País

Provincia

Municipio

Núcleo diseminado

Código postal

Tipo Vía

Dirección

Número / Km

Bloque

Escalera

Planta

Puerta

Extra

Expone / Solicita

Expone

Estando en situación de vulnerabilidad, necesidad o dependencia como persona con discapacidad, que no cuentan con recursos propios o apoyo para atender las mismas

Solicita

La prestación económica individual a personas con discapacidad del Excmo. Ayuntamiento de La Orotava

Información adicional

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD BENEFICIARIA DE LA AYUDA

DATOS ESCOLARES

Estudios que realiza	Curso	Centro o colegio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SITUACION LABORAL

Declaración de situación económica de la persona beneficiaria (Ingresos, rentas, prestaciones o ayudas que percibe o tiene solicitadas)

Concepto	Organismo que lo otorga	Cuantía mensual total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cobertura sanitaria y declaración de situación seguridad social

Entidad	Afiliado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beneficiario	Código de afiliación
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titular de cartilla	
<input type="text"/>	

Datos de la discapacidad

Tipo de discapacidad	Grado	Fecha del certificado	Provincia del reconocimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos de dependencia

Nivel de dependencia	Grado	Fecha del reconocimiento	Provincia del reconocimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPOSICIÓN Y DECLARACIÓN DE DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA AYUDA (NO RELLENAR DATOS DE EL/LA BENEFICIARIO/A)

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco	Ocupación actual	Importe mensual de ingresos
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

OTROS DATOS DE INTERÉS

Documentación Obligatoria

- Datos identificativos
- Presupuesto 1
- Presupuesto 2
- Condición legal de persona con discapacidad

Documentación Opcional

- Resolución que determine el grado de dependencia
- Justificantes de los rendimientos procedentes del trabajo por cuenta propia o ajena
- Justificantes del depósito de las cuentas corrientes y de ahorro
- Justificantes de los ingresos obtenidos por cualquier otro título
- Justificante del valor del patrimonio

Declaro

- DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**
 - Que la persona beneficiaria está empadronada y reside en La Orotava con una antigüedad igual o superior a tres meses.
 - Que he procedido a la correcta justificación de prestaciones económicas que se me hubieren concedido con anterioridad la administración de la Comunidad Autónoma de Canarias y/o el Excmo. Ayuntamiento de La Orotava.
 - Que no se ha recibido o se ha solicitado ayudas, prestaciones, subvenciones o servicios gratuitos de otras instituciones u organismos para la misma finalidad que la aquí solicitada.
 - Que me hallo al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias con el Ayuntamiento de La Orotava, la Comunidad Autónoma, el Estado y la Seguridad Social.

Observaciones

Documentación a aportar:

- Datos de identificación de todos los miembros de la unidad familiar
- En caso de tenerlo reconocido, resolución que determine el grado de discapacidad, el grado de dependencia o ambos.
- Justificantes de los rendimientos procedentes del trabajo por cuenta propia o ajena, pensiones y prestaciones tanto en su modalidad contributiva como no contributiva, de los tres meses inmediatamente anteriores a esta solicitud de todos los miembros de la unidad familiar.
- Justificantes del depósito de las cuentas corrientes y de ahorro de los tres meses inmediatamente anteriores a esta solicitud de todos los miembros de la unidad familiar.
- Justificantes de los ingresos obtenidos por cualquier otro título como herencias, donaciones e indemnizaciones.
- Justificante del valor del patrimonio así como los rendimientos derivados del mismo, tanto inmobiliario como mobiliario.
- Dos presupuesto que acrediten el valor de mercado de la solicitud de prestación formulada

Consentimiento y Deber de Informar a los Interesados sobre Protección de Datos

He sido informado de que esta Entidad va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación que la acompaña para la realización de actuaciones administrativas

Información básica sobre protección de datos

Responsable	Excmo. Ayuntamiento de la Villa de La Orotava
Finalidad	Tramitar procedimientos y actuaciones administrativas.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos otorgados a esta Entidad.
Destinatarios	Se cederán datos, en su caso, a otras Administraciones Públicas y a los Encargados del Tratamiento de los Datos. No hay previsión de transferencias a terceros países.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección https://laorotava.sedelectronica.es/privacy

Firma

PRESTA SU CONSENTIMIENTO para que la entidad realice consultas de los datos del solicitante/representante a través de la Plataforma de Intermediación de Datos y otros servicios interoperables. La tramitación de su solicitud podría dilatarse por causas no imputables a esta Administración. Si por cualquier motivo no pudiera recabarse este documento, se le podrá requerir posteriormente para que sea usted quien aporte el documento.

Declaro que es cierto el contenido de este documento y confirmo mi voluntad de firmarlo.

Firma

En , el 
(dd/mm/aaaa)