



## ANEXO I

### AYUDAS ECONÓMICAS A PERSONAS MAYORES PARA SU ATENCIÓN EN EL MEDIO FAMILIAR Y COMUNITARIO

Nº Expte. Regional:

#### 1.- DATOS DEL SOLICITANTE.

N.I.F	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE:	
DOMICILIO:		NÚMERO:	PISO:	LOCALIDAD:
MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C.P.		TELÉFONO:
SEXO: HOMBRE: <input type="checkbox"/> MUJER: <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:	
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>				
¿TIENE RECONOCIDA ALGUNA MINUSVALÍA?		TIPO DE MINUSVALÍA:		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FÍSICA <input type="checkbox"/>	PSÍQUICA <input type="checkbox"/>	SENSORIAL <input type="checkbox"/>
GRADO:	PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO:	PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:		

#### 2.- DATOS DE LA/S PERSONA/S MAYOR/ES BENEFICIARIA/S.

N.I.F	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE:	
DOMICILIO:		NÚMERO:	PISO:	LOCALIDAD:
MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C.P.		TELÉFONO:
SEXO: HOMBRE: <input type="checkbox"/> MUJER: <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:	
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>				
¿TIENE RECONOCIDA ALGUNA MINUSVALÍA/DEPENDENCIA?		TIPO DE MINUSVALÍA/DEPENDENCIA:		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FÍSICA <input type="checkbox"/>	PSÍQUICA <input type="checkbox"/>	SENSORIAL <input type="checkbox"/>
GRADO:	PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO:	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE:		
¿TIENE SOLICITADO SU INGRESO EN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES?				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA SOLICITUD: _____		CENTRO SOLICITADO:



**SEGUNDO BENEFICIARIO (EN SU CASO)**

N.I.F.	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE:	
DOMICILIO:		NÚMERO:	PISO:	LOCALIDAD:
MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C.P.		TELÉFONO:
SEXO: HOMBRE: <input type="checkbox"/> MUJER: <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>				
¿TIENE RECONOCIDA ALGUNA MINUSVALÍA/DEPENDENCIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIPO DE MINUSVALÍA/DEPENDENCIA: FISICA <input type="checkbox"/> PSIQUICA <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/>		
GRADO:	PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO:	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE:		
¿TIENE SOLICITADO SU INGRESO EN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA SOLICITUD: _____ CENTRO SOLICITADO:				

**3.- DATOS PARA EL ABONO DE LA AYUDA.**

TITULAR/ES DE LA CUENTA:				
Nº DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF):			BANCO O CAJA DE AHORROS:	
AGENCIA Nº:	DOMICILIO (calle o plaza):	Nº:	MUNICIPIO:	TELÉFONO:
NÚMERO CÓDIGO CUENTA CLIENTE (20 dígitos)				

**4.- DATOS SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR. COMPOSICIÓN Y DECLARACIÓN DE INGRESOS.**

PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR	N.I.F.	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS ANUALES	
				PENSIONES O TRABAJO	RENDIMIENTOS DE CAPITAL MOBILIARIO E INMOBILIARIO
SOLICITANTE	_____	_____	_____		



### 5.-MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR CON GRADO DE MINUSVALÍA/DEPENDENCIA RECONOCIDO.

NOMBRE	GRADO RECONOCIDO	PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO

### 6.- DECLARACIÓN DE BIENES MUEBLES

¿Posee algún miembro de la Unidad Familiar bienes muebles (Depósitos bancarios, Acciones, Fondos de Inversión, etc.?)  
 Sí  NO  IMPORTE \_\_\_\_\_

### 7.- DECLARACIÓN DE DEPENDENCIA ECONÓMICA.

D. \_\_\_\_\_ con N.I.F. \_\_\_\_\_, solicitante de esta Ayuda, manifiesto que los miembros de la unidad familiar incluidos en esta solicitud, han convivido continuamente durante los últimos dos años y contribuyen en común al sostenimiento de la unidad familiar convivencial.

### 8.- DECLARACIÓN DE INCOMPATIBILIDADES.

Indique si es receptor de alguna de las ayudas o servicios considerados incompatibles que a continuación se relacionan:

**TIPO DE AYUDA/SERVICIO**

Servicio de Ayuda a Domicilio: Sí  NO

Ayudas Periódicas para Personas con Discapacidad para Prestación Permanente de Servicios Personales: Sí  NO

Ayuda Económica para el Cuidado de Personas Mayores: Sí  NO

Ayuda Económica para Personas Mayores para Limpieza y Aseo: Sí  NO

Ayuda Individualizada a Personas con Discapacidad para Prestación Temporal de Servicios Personales: Sí  NO

Otras Ayudas, Prestaciones o Servicios de igual naturaleza o con la misma finalidad: Sí  NO

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD** que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y **autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.** Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al IMAS a través del Centro Municipal de Servicios Sociales, **cualquier variación** que pudiera producirse, a partir de la fecha de presentación de esta solicitud, respecto a mi situación personal (cambio de residencia, variación de estado civil), económica (realización de trabajos, percepción de otras pensiones, rentas de capital) y familiar (variación de las personas con las que convivo).

Así mismo, quedo informado que los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero de perceptores/beneficiarios de ayudas y subvenciones de carácter social, con la exclusiva finalidad de gestionar la prestación solicitada. El responsable de este fichero/tratamiento es el IMAS, ante cuyo titular puedo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2010

Fdo: \_\_\_\_\_

**ILMA. SRA. DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO MURCIANO DE ACCIÓN SOCIAL**

## DOCUMENTOS QUE DEBEN APORTARSE CON ESTA SOLICITUD

### ➤ PARA LA ACREDITACIÓN DEL REQUISITO DE EDAD:

- Fotocopia compulsada del D.N.I./N.I.F. en vigor del solicitante.
- Fotocopia compulsada del D.N.I./N.I.F. en vigor de la persona mayor.

### ➤ PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PERÍODOS DE RESIDENCIA, LA CONVIVENCIA Y LA DEPENDENCIA ECONÓMICA:

- Nacionales.
  - Certificado de empadronamiento que acredite la residencia en España durante diez años.
  - Certificado de empadronamiento que acredite la residencia en la Región de Murcia, durante los últimos cinco años, y en el que se incluya a todas las personas inscritas en la misma hoja padronal.
- No Nacionales:
  - Certificado/s del órgano competente que acredite la residencia legal en España durante diez años, de los que los últimos cinco, deben serlo, en la Región de Murcia, y en el que consten todas las personas incluidas en la misma hoja padronal.

### ➤ PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS INGRESOS:

- Certificado de pensión de clases pasivas o de organismos extranjeros.
- Acreditación de los ingresos que perciban los adultos de la unidad familiar (nominas, certificado de empresa, declaración de renta, o declaración de ingresos, en caso de realizar actividad laboral no regularizada).

### ➤ OTROS:

- Fotocopia del documento bancario en el que aparezca el titular (necesariamente el solicitante) y el número de código cuenta corriente.