

**ANEXO: SOLICITUD ACCIÓN SOCIAL DISCAPACIDAD****DATOS SOLICITANTE:**

N.I.F.		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
DOMICILIO (Calle y número)			C.P.	LOCALIDAD	TELÉFONO TRABAJO	TELÉFONO MÓVIL	
PUESTO DE TRABAJO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			CENTRO DE TRABAJO		

**PERSONA BENEFICIARIA:**

N.I.F.		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
--------	--	-----------------	--	------------------	--	--------	--

**INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:**

N.I.F. imprescindible para mayores de 14	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	Percibe ingresos SI / NO
				CÓNYUGE <sup>(1)</sup>		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

<sup>(1)</sup>INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL / SMS:  SÍ  NO**TIPO DE PRESTACIÓN QUE SE SOLICITA (marcar con una X)** DISCAPACIDAD PERSONAL DISCAPACIDAD HIJOS/AS

PRESTACIÓN	DOCUMENTACIÓN
DISCAPACIDAD PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud (solo en caso de no haberla obtenido anteriormente, o no estar en vigor la resolución de reconocimiento que aportó)</li> </ul>
DISCAPACIDAD HIJO/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud</li> <li>Certificación o documento acreditativo de inscripción en centro docente autorizado para Educación Especial.</li> <li>Facturas originales acreditativas de todos los gastos, incluyendo transporte y comedor, en su caso, así como los justificantes bancarios del pago de las mismas:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Si se realiza por transferencia bancaria, se deberán aportar los justificantes de las transferencias realizadas.</li> <li>Si se realiza por cargo de recibos domiciliados, se tendrá que aportar copia de los recibos bancarios que se hayan cobrado.</li> <li>Si se realiza por ingreso bancario, se aportarán los comprobantes del ingreso bancario como justificantes de pago de los meses correspondientes.</li> </ol> </li> </ul>

**AUTORIZACIONES**

<b>PROTECCIÓN DE DATOS</b>	Los datos de carácter personal de esta solicitud y de sus documentos anexos se incorporan a un fichero público de titularidad de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, con la finalidad de gestionar este procedimiento y podrán ser cedidos con esta finalidad a otros Órganos de las Administraciones Públicas. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, se pueden ejercer por el solicitante mediante escrito dirigido al responsable del Fichero, a la dirección postal, Avda. Infante Juan Manuel, nº 14 de Murcia de acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal.
<b>DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN</b>	Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad, comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo a la Administración Pública Regional en el plazo máximo de diez días desde su concesión, autorizando para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social y la Agencia Tributaria. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada.
<b>CONSULTA DE DATOS, AUTORIZACIÓN</b>	Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios a esta Administración Pública, otras administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento: acreditación de la condición de discapacitado/a expedida por el Instituto Murciano de Acción Social de la Región de Murcia (IMAS). En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la/s siguiente/s casilla/s: <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO. EN CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD.

Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018  
(firma)

- EXCMO. SR. CONSEJERO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.  
 EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN, JUVENTUD Y DEPORTES.  
 ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.