

**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 ⁽¹⁾		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

⁽¹⁾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"> Solicitud (solo en caso de no haberla obtenido anteriormente, o no estar en vigor la resolución de reconocimiento que aportó)
DISCAPACIDAD HIJO/A	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud Certificación o documento acreditativo de inscripción en centro docente autorizado para Educación Especial. 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"> Si se realiza por transferencia bancaria, se deberán aportar los justificantes de las transferencias realizadas. Si se realiza por cargo de recibos domiciliados, se tendrá que aportar copia de los recibos bancarios que se hayan cobrado. Si se realiza por ingreso bancario, se aportarán los comprobantes del ingreso bancario como justificantes de pago de los meses correspondientes.

AUTORIZACIONES

PROTECCIÓN DE DATOS	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.
DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN	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.
CONSULTA DE DATOS, AUTORIZACIÓN	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.