JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD
Y BIENESTAR SOCIAL

SEGURIDAD SOCIAL

SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Real Decreto 383/1984 de 1 de febrero (B.O.E. 27 de febrero)

(Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones)

I. PRESTACIONES QUE SOLICITA

Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica (A.S.P.F.)..... ☐

Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte (S.M.G.T.) ..... ☐

II. DATOS DEL INTERESADO

1. Datos Personales

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NUM. D.N.I./N.I.F.

FECHA DE NACIMIENTO (Día / Mes / Año)	SEXO (Hombre ☐ Mujer ☐)	NACIONALIDAD/ES	ESTADO CIVIL

DOMICILIO (Calle/Plaza)	N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL

LOCALIDAD	PROVINCIA	TELEFONO

¿TIENE SEGURIDAD SOCIAL? (SI ☐ NO ☐)	TITULAR ☐ BENEFICIARIO ☐	NUMERO AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL

2. Datos de la minusvalía

La minusvalía que alega es: Física ☐ Psíquica ☐ Sensorial ☐

¿Ha sido reconocido o calificado como minusválido? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa en qué provincia: _____ y año _____

3. Datos relativos a atendidos en Centros

(Cumplimentar únicamente si se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos y Transporte (S.M.G.T.)

Está atendido en Centro en régimen de internado: Sí ☐ No ☐

¿Está atendido en Centro en régimen de media pensión? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa indique: _____

Denominación del Centro _____

Entidad o persona titular del Centro _____

Domicilio: Calle/Plaza _____ Núm. _____ Código Postal _____

Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____

4.1. Datos de la unidad familiar:

4.1.1. Solicitante con personas a cargo

(Cumplimentar este apartado únicamente si el solicitante tiene cónyuge e hijos que convivan con él y a sus expensas.)

Nombre	Apellidos	Parentesco con el solicitante	Num. D.N.I.	Edad	Ingresos totales anuales

4.1.2. Solicitante dependiente de unidad familiar:

(Cumplimentar este apartado siempre que el solicitante conviva con padre y/o madre y/o hermanos, cónyuge e hijos solteros de cualquier edad que convivan en su mismo domicilio.)

Nombre	Apellidos	Parentesco con el solicitante	Num. D.N.I.	Edad	Ingresos totales anuales

4.2. Datos económicos:

(Cumplimentar únicamente sí se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte (S.M.G.T.)

Se reflejará la procedencia de los recursos personales del interesado, indicando: (salario, tipos de pensión, rentas…) la cuantía anual de cada uno y la empresa, organismo o persona que los abona o concede.

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	EMPRESA, ORGANISMO O PERSONA

4.3. Autorización para recabar datos tributarios a la Agencia Tributaria relativos al nivel de renta (IRPF)

La/s persona/s abajo firmante/s autoriza/n a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social a consultar y/o solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, información de naturaleza tributaria para el reconocimiento, seguimiento y control del derecho a las prestaciones derivadas de la L.I.S.M.I. de Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transpote (S.M.G.T.) y Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica (A.S.P.F.) siendo beneficiario o posible beneficiario la persona que presente la siguiente solicitud.

La presente autorización se otorga a los efectos del **reconocimiento, seguimiento y control** de la prestación mencionada anteriormente, y en aplicación de lo dispuesto en la Disposición Adicional Cuarta de la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, por la que se permite, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado, y que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de la presente solicitud de Pensión no Contributiva. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previsto por la Ley, dirigiendo un escrito a dicha Consejería, Avda. Hytasa 14, 41006-Sevilla.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA AUTORIZADA: DATOS QUE POSEA LA AGENCIA TRIBUTARIA DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS.

DATOS DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL SOLICITANTE CUYOS INGRESOS SON COMPUTABLES PARA EL RECONOCIMIENTO, SEGUIMIENTO O CONTROL DE LA AYUDA. (Únicamente mayores de 18 años).

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	FIRMA

III DATOS DEL REPRESENTANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NUM. D.N.I.

DOMICILIO (Calle/Plaza)	N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL

LOCALIDAD	PROVINCIA	TELEFONO

RELACION CON EL INTERESADO	REPRESENTANTE LEGAL ☐	GUARDADOR DE HECHO ☐

IV DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DEL SUBSIDIO

BANCO O CAJA DE AHORROS	AGENCIA Nº.

DOMICILIO (Calle/Plaza)	Nº.

LOCALIDAD	PROVINCIA (1)

LIBRETA DE AHORROS Nº.	CUENTA CORRIENTE Nº.

TITULAR DE LA LIBRETA O CUENTA (2)

NUMERO DE IDENTIFICACION FISCAL (N.I.F.)

(1) Necesariamente en la provincia en que resida el beneficiario
(2) Deberá ser necesariamente el perceptor del subsidio.

Fdo.:

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. Quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____ a, _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: _____

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD.

1.- Fotocopia cumpulsada del D.N.I. del solicitante (o en su defecto y provisionalmente Certificado de Nacimiento).
2.- Fotocopia compulsada del Libro de Familia (en su caso).
3.- Fotocopia compulsada del D.N.I. del representante y acreditación de su representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta del posible beneficiario.

Nota: las compulsas podrán efectuarse al presentar la solicitud, acompañando los originales de los documentos.

JUSTIFICANTE DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN LISMI

Nombre y Apellidos del interesado o Representante:.....N.I.F. .....
Su solicitud de A.S.P.F.☐// S.M.G.T.☐ ha tenido entrada en esta Delegación Provincial en fecha .....
Le informamos que el plazo máximo para resolver y notificar este procedimiento es de tres meses, entendiéndose desestimada si no se ha resuelto dentro de dicho plazo.

Recibí: EL FUNCIONARIO

Nombre y Apellidos del interesado o Representante:.....N.I.F. .....
Su solicitud de A.S.P.F.☐// S.M.G.T.☐ ha tenido entrada en esta Delegación Provincial el día .....
careciendo de los datos y/o documentos necesarios para tramitar el correspondiente expediente. A estos efectos deberá aportar a esta Delegación Provincial, personalmente o por correo, los documentos y/o datos que a continuación se señalan.

☐ Fotocopia compulsada del D.N.I. del interesado, preferentemente, o en su defecto fotocopia compulsada del Libro de Familia o Partida de Nacimiento.
☐ Fotocopia compulsada del D.N.I. del Representante Legal o guardador de hecho.
☐ Declaración del guardador de hecho.
☐ Fotocopia compulsada del pasaporte. ☐ Fotocopia compulsada de la tarjeta o permiso de residencia.
☐ Certificado del Padrón, preferentemente o, en su defecto, Certificado del Ayuntamiento o Declaración responsable de dos vecinos del solicitante ante la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
☐ .....

Los documentos requeridos, deberá aportarlos en el plazo de **10 días hábiles** a contar desde esta comunicación. Transcurrido el plazo indicado sin que se hayan recibido los datos y/o documentos solicitados, **se considerará que DESISTE de su petición y se procederá a emitir resolución en este sentido**, de conformidad con lo establecido en los Arts. 70 y 71.1 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Le informamos que, recibidos dichos documentos, el plazo máximo para la resolución y notificación de este procedimiento es de tres meses, contados a partir del día siguiente al de la fecha de entrada de su solicitud en este Organismo.

Recibí: En....., a.....de.....de.....

EL FUNCIONARIO

(copia para administración)

REQUERIMIENTO DATOS/DOCUMENTOS INDISPENSABLES EN SOLICITUDES INCOMPLETAS

Nombre y Apellidos del interesado o Representante:.....N.I.F. .....
Su solicitud de A.S.P.F.☐// S.M.G.T.☐ ha tenido entrada en esta Delegación Provincial el día .....
careciendo de los datos y/o documentos necesarios para tramitar el correspondiente expediente. A estos efectos deberá aportar a esta Delegación Provincial, personalmente o por correo, los documentos y/o datos que a continuación se señalan.

☐ Fotocopia compulsada del D.N.I. del interesado, preferentemente, o en su defecto fotocopia compulsada del Libro de Familia o Partida de Nacimiento.
☐ Fotocopia compulsada del D.N.I. del Representante Legal o guardador de hecho.
☐ Declaración del guardador de hecho.
☐ Fotocopia compulsada del pasaporte. ☐ Fotocopia compulsada de la tarjeta o permiso de residencia.
☐ Certificado del Padrón, preferentemente o, en su defecto, Certificado del Ayuntamiento o Declaración responsable de dos vecinos del solicitante ante la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
☐ .....

Los documentos requeridos, deberá aportarlos en el plazo de **10 días hábiles** a contar desde esta comunicación. Transcurrido el plazo indicado sin que se hayan recibido los datos y/o documentos solicitados, **se considerará que DESISTE de su petición y se procederá a emitir resolución en este sentido**, de conformidad con lo establecido en los Arts. 70 y 71.1 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Le informamos que, recibidos dichos documentos, el plazo máximo para la resolución y notificación de este procedimiento es de tres meses, contados a partir del día siguiente al de la fecha de entrada de su solicitud en este Organismo.

Recibí: En....., a.....de.....de.....

EL FUNCIONARIO

(notificación al interesado)