

SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA MINUSVÁLIDOS

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

(Antes de cumplimentar los datos, lea atentamente este impreso)

Expediente

I. PRESTACIONES QUE SOLICITA

Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica:	<input type="checkbox"/>
Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte:	<input type="checkbox"/>

II. DATOS DEL INTERESADO

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		N.I.F.	
Fecha nacimiento		Sexo: M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		Nacionalidad/es		Estado Civil	
Día	Mes	Año					
Domicilio (Calle / Plaza)				N.º	Bloque	Escal.	Piso
							Puerta
						Código Postal	
Localidad		Provincia		Teléfono			
¿Tiene Seguridad Social? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Titular <input type="checkbox"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/>		N.º Afiliación Seguridad Social	

2. DATOS DE LA MINUSVALÍA

La Minusvalía que alega es:	Física <input type="checkbox"/>	Psíquica <input type="checkbox"/>	Sensorial <input type="checkbox"/>
¿Ha sido reconocido o calificado como minusválido?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Si la respuesta ha sido afirmativa indique provincia.....y año.....			

3. DATOS RELATIVOS A ATENDIDOS EN CENTROS

(Cumplimentar únicamente si se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte)

¿Está atendido en Centro residencial?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Está atendido en Centro de día o centro ocupacional?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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. DATOS ECONÓMICOS**(Cumplimentar únicamente si se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte)****4.1 Datos del solicitante, recursos personales:**

Se reflejará la procedencia de los recursos personales del interesado, indicando: (salario, tipo 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

4.2 Datos de la unidad familiar:**4.2.1 Solicitante con personas a su 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	D.N.I.	Edad	Ingresos totales anuales

4.2.2 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	D.N.I.	Edad	Ingresos totales anuales

III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI
Domicilio (Calle / Plaza)		N.º	Bloque
		Escal.	Piso
		Puerta	Código Postal
Localidad	Provincia	Teléfono	
Relación con el interesado		Representante legal <input type="checkbox"/>	Guardador de hecho <input type="checkbox"/>

IV. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA PENSIÓN

Banco o Caja de Ahorros		Agencia n.º
Domicilio (Calle / Plaza)		N.º
Localidad	Provincia (1)	
Libreta de ahorros n.º:	Cuenta corriente n.º:	
Titular de la libreta o cuenta (2)		N.I.F.

(1) Necesariamente en la provincia que reside el beneficiario.

(2) Deberá ser necesariamente el preceptor del subsidio.

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud, y los documentos que se acompañan, son ciertos y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, incluidos los existentes en la Agencia Tributaria.

Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Aragonés de Servicios Sociales sobre cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

..... a de de 200.....

Firmado:

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD

<p><input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del D.N.I. del solicitante (o en su defecto y provisionalmente Certificado de Nacimiento).</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del Libro de Familia (en su caso).</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del D.N.I. del representante y acreditación de la representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta del posible beneficiario.</p> <p>Certificado de convivencia</p>
<p>Notas:</p> <p>➤ Puede aportar cualquier otro documento que considere oportuno para acreditar los datos declarados en esta solicitud, referidos a residencia, recursos económicos propios y de las personas con las que conviva, así como de dicha convivencia.</p> <p>➤ Las compulsas podrán efectuarse al presentar la solicitud, acompañando los originales de los documentos.</p>

Sr./Sra. Director/a Provincial del Instituto Aragonés de Servicios Sociales