



SOLICITUD DE AYUDA INDIVIDUAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y MENORES EN PROCESO DE OBTENER DICHA CALIFICACIÓN

DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Nombre y apellidos del/la solicitante:	DNI:	Fecha nacimiento:
Domicilio:	Fecha solicitud discapacidad: *	Grado discapacidad:
Correo electrónico:	Teléfono fijo / Móvil:	
Ayuda que solicita: <i>(indicar solo una)</i>		
Medio preferente para notificación: Telemático <input type="checkbox"/> Postal <input type="checkbox"/>		
Beneficiario/a de la prestación por DEPENDENCIA del Gobierno de Canarias: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En trámite		
Prestación concedida:		Cuantía Mensual:
Beneficiario/a de BECAS DE EDUCACIÓN del Gobierno de Canarias <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Cuantía anual:		
OBSERVACIONES:		

*En casos de menores de **18 años de edad**, se procederá a la tramitación de las ayudas con la presentación de la copia de solicitud de reconocimiento del grado de discapacidad en la administración competente, e informe médico debidamente extendido por el/la facultativo/a del Servicio Canario de Salud en el que se acredite la necesidad de la ayuda solicitada.

DATOS DEL/LA REPRESENTANTE: *(Cumplimentar solo cuando la solicitud se formule por persona distinta de la solicitante)*

Nombre y apellidos del/la solicitante:	DNI:	Fecha nacimiento:
Domicilio:		
Correo electrónico:	Teléfono fijo / Móvil:	



COMPOSICIÓN Y DECLARACIÓN DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (solicitante incluido)

	Apellidos y Nombre	Edad	Ocupación	Ingresos Mensuales:	Fuente de Ingresos (Empresa, Organismo, etc.)
Solicitante					
Parentesco:					
Parentesco:					
Parentesco:					
Parentesco:					
Parentesco:					

El/la solicitante **DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:**

- A. Que NO ha recibido ayudas o subvenciones para el mismo destino de lo solicitado.
- B. Que SI ha recibido las siguientes ayudas para la misma finalidad:(especificar importe):
- C. Que SI ha solicitado las siguientes ayudas para la misma finalidad:
- D. Que SI ha procedido a la justificación de las ayudas que se le hanconcedido con anterioridad por este Ayuntamiento.

AUTORIZACIÓN PARA RECABAR DATOS

La unidad familiar * está compuesta por ____ personas.

*A los efectos previstos en las bases que regulan esta ayuda a la discapacidad, se entiende por unidad familiar a la constituida por la persona solicitante y, en su caso, a quienes convivan con ella en una

misma vivienda o alojamiento, ya sea por unión matrimonial o por cualquier otra forma de relación estable análoga a la conyugal, por parentesco civil de consanguinidad y/o afinidad, hasta el segundo grado en línea recta y colateral, o por adopción, tutela o acogimiento familiar. En aquellos casos de mujeres gestantes, se contabilizará como dos personas. No obstante, podrán formar otra unidad familiar independiente, las personas que residiendo en la misma vivienda o alojamiento, con otras personas con las que tengan parentesco, constituyan matrimonio o relación análoga, tengan o no hijos a su cargo, menores tutelados o en régimen de acogimiento familiar. Nadie podrá formar parte de más de una unidad familiar.

Los integrantes de la unidad familiar o de convivencia, mayores de 16 años AUTORIZAN expresamente al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife y al Instituto Municipal de Atención Social (IMAS), a consultar y/o comprobar los datos personales que se indican, a través de las plataformas de intermediación de datos de Administraciones y/o Entidades Públicas, con la finalidad de resolver su solicitud.

La presente autorización incluye información de carácter económico, patrimonial, tributario, de Seguridad Social y de prestaciones sociales; y se extiende desde la fecha de la firma y registro de **la solicitud hasta la finalización del procedimiento administrativo**

AUTORIZANTES

SOLICITANTE o REPRESENTANTE	Nombre	DNI/NIE	Firma
Primer apellido		Segundo apellido	
Autorizo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motivos de Oposición:			
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
Primer apellido		Segundo apellido	
Autorizo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motivos de Oposición:			
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
Primer apellido		Segundo apellido	
Autorizo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motivos de Oposición:			
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
Primer apellido		Segundo apellido	
Autorizo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motivos de Oposición:			
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
Primer apellido		Segundo apellido	
Autorizo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motivos de Oposición:			



Yo, el/la solicitante o representante en su caso, **DECLARO bajo mi responsabilidad**, ser ciertos y comprobables documentalmente todos y cada uno de los datos consignados en la presente solicitud.

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de 20____

FIRMA del/la solicitante o representante

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

- Responsable:** Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife
- Finalidad:** Gestionar un expediente o una solicitud como interesado o representante.
- Legitimación:** RGPD, art. 6.1 e) Competencia atribuida por una norma con rango de Ley, entre otras: Ley 7/1985, Bases del Régimen Local. Ley 7/2015, de los municipios de Canarias. Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (...).
- Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- Derechos:** Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos como se explica en la información adicional, además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas.
- Información adicional:** Para una completa información puede consultar la [política de privacidad](#) de este Ayuntamiento donde de forma detallada se describen las circunstancias y condiciones del tratamiento y forma de ejercicio de sus derechos. A su vez puede consultar el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) de este Ayuntamiento donde encontrará una completa información sobre cada tratamiento en particular. <https://sede.santacruzdetenerife.es/sede/proteccion-de-datos>