



## SOLICITUD SUBVENCIÓN ASISTENCIA ENFERMOS DE ALZHEIMER

### A. SOLICITANTE (\*) Persona responsable del cuidado del enfermo

Nombre				DNI-NIF				
Apellidos								
Calle			Núm.		Piso		Puerta	
Bústia				Apartado de correos				
Urbanización			Población					
CP			Provincia			Teléfono		
Fax			E- mail					
Alumno titular del núm. de cuenta bancario:								
IBAN:								

### B. DATOS ALUMNO

Nombre:			Fecha Nacimiento:				
Apellidos:				DNI / NIE			

### C. EXPONE

Que cumple todos los requisitos establecidos en la convocatoria de la subvención para sufragar los gastos del tratamiento de enfermos d' Alzheimer.

### D. SOLICITA

Que teniendo por presentado este escrito y la documentación que lo acompaña, los admita y de conformidad con el mismo, acuerde, previos los trámites oportunos, concederme la subvención regulada en la convocatoria para cubrir parte del coste del tratamiento de los enfermos de Alzheimer, de acuerdo con lo establecido en las bases reguladoras de esta subvención.

A los efectos de esta solicitud **DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, que l'alumne:**

- SÍ**  **NO** Estar incurso en ninguno de los supuestos a que se refiere el art. 13.2º de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
- SÍ**  **NO** Hallarme al corriente del cumplimiento de las obligaciones tributarias, tanto estatales como locales, y con la Seguridad Social impuestas por las disposiciones vigentes.
- SÍ**  **NO** Que he recibido otra subvención de otra entidad, destinada a la misma finalidad. En caso afirmativo, indicar entidad y cantidad subvencionada.

**AUTORIZO** expresamente al Ayuntamiento de La Pobla de Vallbona para obtener la documentación acreditativa de tales extremos.

El firmante se compromete a aceptar las bases de la presente convocatoria, así como a facilitar cuanta información sea requerida por el Ayuntamiento de La Pobla de Vallbona, declarando ser ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

## E. DECLARACIÓN JURADA

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI / NIE \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_.

### DECLARO BAJO JURAMENTO O PROMETO

Que soy la persona responsable del cuidado de \_\_\_\_\_ (enfermo de Alzheimer), con DNI/NIE \_\_\_\_\_.

En la Poble de Vallbona, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del cuidador/a

## F. CERTIFICADO ASOCIACIÓN

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ Presidente/a de la Asociación de familiares enfermos de Alzheimer, con CIF \_\_\_\_\_.

### CERTIFICO

Que \_\_\_\_\_ (enfermo de Alzheimer), con DNI/NIE \_\_\_\_\_, asistió al programa emitido por la Asociación, para su tratamiento, durante los meses \_\_\_\_\_.

En la Poble de Vallbona, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma Presidente/a y sello

## G. AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN / DOCUMENTACIÓN CEDIDA POR OTRAS ADMINISTRACIONES U ORGANISMOS PÚBLICOS

La persona que firma este apartado autoriza al Ajuntament de la Poble de Vallbona a obtener la información estrictamente necesaria para comprobar la concurrencia de los criterios y requisitos necesarios para tramitar el expediente de subvención asistencia enfermos de Alzheimer.

La información necesaria será la que conste en las bases de datos de (indicar solamente la que corresponda):

<input checked="" type="checkbox"/>	La Agencia Tributaria (AEAT)
<input checked="" type="checkbox"/>	La Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS)

La información obtenida mediante este consentimiento explícito se utilizará únicamente en el **expediente administrativo** y en cualquier caso el Ayuntamiento está sujeto a las disposiciones de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, ya la restante normativa básica que se aplique cuando se resuelva.

En la Poble de Vallbona, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma Alumno enfermo de Alzheimer

## H. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

Adjunta la siguiente documentación requerida en las bases reguladoras de la subvención

<input type="checkbox"/>	En caso de no constar en el Ayuntamiento, DNI del alumno y del cuidador.
<input type="checkbox"/>	Ficha de mantenimiento de terceros
<input type="checkbox"/>	Justificante de los gastos en los que se ha incurrido como consecuencia de la asistencia al programa. (Año 2021)

La Poble de Vallbona, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma solicitante

ALCALDIA DE L'AJUNTAMENT DE LA POBLA DE VALLBONA

(\*) Los datos facilitados por Ud. en este formulario pasarán a formar parte de los ficheros automatizados propiedad del Ayuntamiento de La Poble de Vallbona y podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada ante el Registro Gral. de Entrada del Ajuntament de la Poble de Vallbona.

## A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Diligencia haciendo constar, por la gestora de l'Oficina Ajunta't \_\_\_\_\_, que consultada la aplicación informática de Padrón de habitantes a fecha \_\_\_\_\_, resulta:

- Que el alumno del apartado B de la presente solicitud, está de alta en el Padrón de Habitantes de la Pobla de Vallbona desde \_\_\_\_\_.
- El alumno del apartado B, no consta empadronado actualmente en el Padrón de Habitantes de la Pobla de Vallbona
- El solicitante (cuidador) de la presente solicitud está de alta en el Padrón de Habitantes de la Pobla de Vallbona desde \_\_\_\_\_.
- El solicitante (cuidador), no consta empadronado actualmente en el Padrón de Habitantes de la Pobla de Vallbona

En la Pobla de Vallbona, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Firma y sello**