LA POBLA DE VALLBONA AJUNTAMENT

SISTEMA PÚBLIC VALENCIÀ DE SERVEIS SOCIALS

SOLICITUD SUBVENCIÓN INTOLERANCIA CELIAQUÍA			
A	**DATOS DEL SOLICITANTE**		
DATOS DEL PROGENITOR/A O PERSONA REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO			
APELLIDOS		**NOMBRE**	
D.N.I./N.I.E	**TELÉFONO**	**CORREO ELECTRÓNICO**	
DOMICILIO(CALLE, PLAZA, NUMERO Y PUERTA)			
LOCALIDAD		**PROVINCIA**	**C.P.**
VÍNCULO CON EL NIÑO O NIÑA ☐ **PADRE** ☐ **MADRE** ☐ **TUTOR/A** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL**	**OSTENTA LA PATRIA POTESTAD** ☐ **SI** ☐ **NO**	**OSTENTA LA GUARDIA Y CUSTODIA** ☐ **SI** ☐ **NO**	
UNIDAD FAMILIAR Y DATOS SANITARIOS			
APELLIDOS		**NOMBRE (1)**	
SIP	**D.N.I./N.I.E**	**PARENTESCO**	**FECHA DE NACIMIENTO**
¿Es usted una persona que padece celiaquía? ☐ **SI** ☐ **NO**	**Diagnosticado/a de enfermedad en fecha:**	**Tipo de celiaquía**	
APELLIDOS		**NOMBRE (2)**	
SIP	**D.N.I./N.I.E**	**PARENTESCO**	**FECHA DE NACIMIENTO**
¿Es usted una persona que padece celiaquía? ☐ **SI** ☐ **NO**	**Diagnosticado/a de enfermedad en fecha:**	**Tipo de celiaquía**	
APELLIDOS		**NOMBRE (3)**	
SIP	**D.N.I./N.I.E**	**PARENTESCO**	**FECHA DE NACIMIENTO**
¿Es usted una persona que padece celiaquía? ☐ **SI** ☐ **NO**	**Diagnosticado/a de enfermedad en fecha:**	**Tipo de celiaquía**	
APELLIDOS		**NOMBRE (4)**	
SIP	**D.N.I./N.I.E**	**PARENTESCO**	**FECHA DE NACIMIENTO**
¿Es usted una persona que padece celiaquía? ☐ **SI** ☐ **NO**	**Diagnosticado/a de enfermedad en fecha:**	**Tipo de celiaquía**	
APELLIDOS		**NOMBRE (5)**	
SIP	**D.N.I./N.I.E**	**PARENTESCO**	**FECHA DE NACIMIENTO**
¿Es usted una persona que padece celiaquía? ☐ **SI** ☐ **NO**	**Diagnosticado/a de enfermedad en fecha:**	**Tipo de celiaquía**	
APELLIDOS		**NOMBRE (6)**	
SIP	**D.N.I./N.I.E**	**PARENTESCO**	**FECHA DE NACIMIENTO**
¿Es usted una persona que padece celiaquía? ☐ **SI** ☐ **NO**	**Diagnosticado/a de enfermedad en fecha:**	**Tipo de celiaquía**	
B	**DATOS DE NOTIFICACIÓN**		
APELLIDOS		**NOMBRE**	
D.N.I./N.I.E	**TELÉFONO**		
CORREO ELECTRONICO		**NOTIFICACIÓN TELEMÁTICA** ☐ **SI** ☐ **NO**	
DOMICILIO(CALLE, PLAZA, NUMERO Y PUERTA)			
LOCALIDAD		**PROVINCIA**	**C.P.**
C	**EXPONE**		
Que, enterado del contenido de la convocatoria pública de otorgamiento de la subvención, entiendo que en la condición de solicitante, puedo estar encuadrado entre los beneficiarios de la misma, aceptando íntegramente su contenido y adjuntando a la presente solicitud la documentación indicada en el apartado siguiente.			

D	DOCUMENTACIÓN
	D.N.I o NIE de toda la unidad familiar
	Acreditación representación legal, en su caso
	Ficha de mantenimiento de terceros o certificado titularidad de cuenta bancaria
	Libro de familia y/o certificado de nacimiento del menor
	Certificado y/o informe médico, emitido por los servicios públicos de salud, en el que conste el diagnóstico de enfermedad celíaca y fecha del diagnostico de los miembros de la unidad familiar afectados
	Documentos justificativos del gasto objeto de subvención, mediante facturas emitidas entre el 1 de enero de 2025 y el 15 de noviembre de 2025, así como los correspondientes justificantes de pago.
	EN CASO DE NO PRESTAR AUTORIZACIÓN, además de lo anteriormente referenciado: • Certificado positivo o negativo de pensiones, de todas las personas de la unidad familiar mayores de 16 años. • Certificado de la vida laboral de todas las personas de la unidad familiar mayores de 16 años. • Certificado de prestaciones del SEPE, de todas las personas de la unidad familiar mayores de 16 años. • Última declaración de renta de todos los mayores de 16 años.

E DECLARACIÓN RESPONSIBLE Y AUTORIZACIÓN

La persona solicitante declara, bajo su responsabilidad:

- Que formaliza la solicitud de subvención intolerancia celiaquía y que los datos indicados en la presente solicitud son ciertos.
- No me hallo incurso en las circunstancias establecidas en los apartados 2 y 3 del artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
- Me hallo al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social.
- Me hallo al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias con el Ayuntamiento de La Pobla de Vallbona.
- No tengo pendiente justificación o fuera de plazo, ninguna subvención concedida por el Ayuntamiento de La Pobla de Vallbona.
- Autorizo a que los datos personales declarados en la presente solicitud sean intercambiados entre los actores implicados con la finalidad de valorar y atender la necesidad y hacer seguimiento de la ayuda-subvención asignada.

Firma

Progenitor 1:_____ **Progenitor 2:**_____

Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar los datos manifestados en la presente solicitud.

En caso de separación o divorcio:
Dº/ª _____con DNI _____como _____DECLARO que existe acuerdo entre ambas partes progenitoras, para que solicite la ayuda-subvención por celiaquía, de mi o mis hijos/as.

Progenitor _____

F ADVERTENCIA LEGAL

(*)Los datos por Ud. facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de La Pobla de Vallbona, en calidad de Responsable de Tratamiento, con la finalidad de gestionar la solicitud/es manifestada en el presente documento, dentro del procedimiento administrativo correspondiente.

La base jurídica de legitimación para el tratamiento de los datos personales radica en el ejercicio de los poderes públicos o competencias conferidos o, en su caso, la necesidad de cumplimiento de una misión realizada en interés público.

Los datos serán conservados durante el plazo de tiempo que esté vigente el expediente administrativo o, en su caso, por el tiempo de resolución de un procedimiento contencioso administrativo derivado. No obstante, los datos podrán ser conservados, en su caso, con fines de archivo de interés público, fines de investigación científica e histórica o fines estadísticos.

Los datos no serán cedidos a terceros, salvo que sean comunicados a las entidades públicas o privadas, a las cuales sea necesario u obligatorio ceder éstos para poder gestionar su solicitud, así como en los supuestos previstos, según Ley.

Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Limitación o, en su caso, Oposición. A estos efectos, deberá presentar un escrito en el Registro de Entrada del Ayuntamiento Av. Colon, 93, 46185 La Pobla de Vallbona, Valencia o, en su caso, a nuestro Delegado de Protección de Datos dpd@lapobladevallbona.es.

En el escrito deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá mostrar o, en caso de envío postal, acompañar la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo.

Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es)

G	AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN / DOCUMENTACIÓN CEDIDA POR OTRAS ADMINISTRACIONES U ORGANISMOS PÚBLICOS

La Pobla de Vallbona, a _____ de _____ de 202__

Las personas firmantes de este escrito autorizan al Ayuntamiento de La Pobla de Vallbona a obtener la información estrictamente necesaria para comprobar la concurrencia de los criterios y requisitos requeridos para la tramitación de la solicitud de **SUBVENCIÓN-AYUDA MUNICIPAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIAQUÍA.**

La información que se requiere será la que conste en las bases de datos de: (Indíquese sólo las que corresponda)

X	La Agencia Tributaria (AEAT)
X	La Dirección general del Catastro
X	La Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS)
X	El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
	El Instituto de mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
X	La Dirección General de Policía del Ministerio del Interior (DGP)
X	El Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE-INEM)
	El Ministerio de Educación y Cultura (MEC)
	El Instituto Nacional de Estadística (INE)
	El Registro Civil del Ministerio de Justicia
	La Dirección General de Seguros
	El Ministerio de Empleo y Seguridad Social (MEYSS)
	El Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (MINHAP)
	La Dirección General de Tráfico (DGT)
	La Junta Cualificadora de Conocimientos del Valenciano (JQCV)
	La Consellería de Bienestar Social

La información obtenida mediante este consentimiento explicito será utilizada únicamente en el expediente administrativo que se tramitará como consecuencia de esta solicitud, y en todo caso en su tratamiento el Ayuntamiento estará sujeto a las disposiciones de la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, y a la restante normativa básica que resulte de aplicación para su resolución.

Solicitante/beneficiario/a

Apellidos y nombre:	
NIF	**Firma**

Otros miembros de la unidad de convivencia del solicitante en el caso de que sus datos sean necesarios para la tramitación de este expediente.

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	FIRMA

La autorización concedida por cada firmante podrá ser revocada en cualquier momento por un escrito dirigidoal Ayuntamiento.