

## SOLICITUD SUBVENCIÓN PARA PACIENTES DE ALZHEIMER

### A. SOLICITANTES (\*) Persona responsable de la cura del paciente y representante

|                    |  |           |  |
|--------------------|--|-----------|--|
| Nombre y apellido  |  |           |  |
| DNI / NIF / NIE    |  | Teléfono  |  |
| Calle              |  |           |  |
| Población          |  | Provincia |  |
| Correo electrónico |  |           |  |

### Dirección a efectos de notificación (cumplimentar en caso de ser diferente)

|           |  |           |  |
|-----------|--|-----------|--|
| Calle     |  |           |  |
| Población |  | Provincia |  |

### B. DATOS DEL/LA INTERESADO/DA (paciente)

|           |  |                     |  |
|-----------|--|---------------------|--|
| Nombre    |  | Fecha de nacimiento |  |
| Apellidos |  | DNI/NIF             |  |

### C. EXPONE

Que cumple con todos los requisitos establecidos en la convocatoria de la subvención para sufragar los gastos del tratamiento de pacientes de Alzheimer.

### D. SOLICITA

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

A efectos de esta solicitud **DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, que el/la beneficiario/a:**

- **NO** Estar incurso en los supuestos a que se refiere el arte. 13.2º de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones
- Se Encuentra 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 se ha recibido otra subvención de otra entidad, destinada a la misma finalidad. En caso afirmativo, indicar entidad y cantidad subvencionada \_\_\_\_\_

### E. DOCUMENTACIÓN QUE Se ACOMPAÑA

|                          |                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | DNI/NIF del/la solicitante (hijo/hija, familiar o persona responsable de la cura del enfermo)                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | DNI/NIF del/la interesado/a (paciente)                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | En su caso, fotocopia de documento notarial que acredite la condición de heredero que ostenta la persona solicitante respecto de la persona enferma de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> | Solicitud mantenimiento en el fichero de personas acreedoras, cesionarias y terceros del interesado (paciente)                                                   |
| <input type="checkbox"/> | Certificado de titularidad bancaria del interesado (paciente)                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | Facturas y documentos justificativos del gasto datadas en el ejercicio 2025                                                                                      |

#### F. DECLARACIÓN JURADA

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

#### DECLARO BAJO JURAMENTO O PROMESA

Que soy la persona responsable de la cura para la tramitación de la presente subvención de  
\_\_\_\_\_ (paciente de Alzheimer), con DNI/NIF \_\_\_\_\_

La Pobla de Vallbona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del/la solicitante

#### G. AUTORIZACIÓN PARA OBTENER DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN CEDIDA POR OTRAS ADMINISTRACIONES

Los firmante de este escrito autorizan el 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

**DECLARO** que el solicitante se el representante legal para realizar los trámites oportunos de esta subvención.

Firma del/la interesado/da (paciente)

#### G. CERTIFICADO ASOCIACIÓN

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

#### CERTIFICO

Que D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ (paciente de Alzheimer) con DNI/NIF \_\_\_\_\_,  
asistió al programa emitido por la Asociación, para su tratamiento, durante los meses de \_\_\_\_\_.

Firma Presidente/a y sello

(\*) Los datos por Usted facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de La Pobla de Vallbona, en calidad de Responsable de Tratamiento, con el fin de gestionar la solicitud/se 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. Sin embargo, los datos podrán ser conservados, en su caso, con fines de archivo de interés público, hasta de investigación científica e histórica o hasta 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 estos para poder gestionar su solicitud, así como en los supuestos previstos, según Ley.

Usted podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Limitación o, en su caso, Oposición. A tal efecto, tendrá que presentar un escrito en el Registro de Entrada del Ayuntamiento Avda. Colon, 93, 46185 La Pobla de Vallbona, València o, en su caso, a nuestro Delegado de Protección de Datos [dpd@lapobladevallbona.es](mailto:dpd@lapobladevallbona.es).

En el escrito tendrá que especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, tendrá que 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, tendrá que aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo de este.

Así mismo, 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](http://www.agpd.es)).