



SOLICITUD DE AYUDA A LA FUNDACIÓN JUAN GIRALDO VENEGAS

1.- Datos personales

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Teléfono: _____

DNI: _____ Dirección: _____

Código postal: _____ Población: _____

Nacionalidad: _____ Email: _____

Grado de dependencia: _____ Grado de discapacidad: _____

2.- Describa brevemente el motivo de su solicitud:

En _____, a ___ de _____ de _____



Firma del solicitante.

Sello de entrada administración Fundación.



SOLICITUD DE AYUDA A LA FUNDACIÓN JUAN GIRALDO VENEGAS

1.- Datos personales

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____ Edad: ____ Teléfono: _____

DNI: _____ Dirección: _____

Código postal: _____ Población: _____

Nacionalidad: _____ Email: _____

Grado de dependencia: _____ Grado de discapacidad: _____

2.- Describa brevemente el motivo de su solicitud:

En _____, a ____ de _____ de _____



Firma del solicitante.

Sello de entrada administración Fundación.



DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE VERACIDAD DE COPIAS APORTADAS

D./D^a.....
con DNI n°, actuando

Marque con una cruz

<input type="checkbox"/>	en su propio nombre y representación,
<input type="checkbox"/>	en calidad de Padre, Madre y/o Tutor legal de con DNI....., en su nombre y representación,

y con domicilio a efectos de notificación en C/
CP Localidad, Tfno:.....
e-mail:

MANIFIESTO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

1. Que las fotocopias que entrego a la Fundación Juan Giraldo Venegas son fiel copia de los originales que obran en mi poder.
2. Que dispongo de la documentación que así lo acredita y que la pondré a disposición de la Administración de la Fundación cuando me sea requerida, comprometiéndome a mantener dicha documentación a su disposición 2 años después a la prestación de la concesión.
3. Que conozco que la inexactitud o falsedad en cualquier dato o documento que entrego a la Fundación Juan Giraldo Venegas implicará la nulidad de la prestación, teniendo que restituir los gastos causados a la Fundación en el caso de que la ayuda ya se haya otorgado.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente:

En ade de 20.....

EL INTERESADO,

Fdo.:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

NOMBRE: _____	APELLIDOS: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ DNI: _____
NOMBRE DEL REPRESENTADO: _____	
DNI PERSONA REPRESENTADA: _____	TELF: _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que los datos que usted nos facilite (incluidos los datos de salud) quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros titularidad de: FUNDACION JUAN GIRALDO VENEGAS, con domicilio en Mérida (Badajoz), C/ Valencia, 25 (Pol. Ind. El prado) y C.I.F. G06715569 con el fin de:

- Dar respuesta a solicitudes de información, peticiones de ayuda, colaboración en cualquiera de nuestras actividades, proyectos, dudas o comentarios sobre nuestros servicios.
- La prestación de los servicios relacionados con nuestra actividad.
- La gestión administrativa y contable derivada de la finalidad anterior, como por ejemplo la facturación, cobros y pagos, etc.
- Posibles comunicaciones comerciales relacionadas con nuestra actividad.

Así mismo, le informamos que sus datos, en los casos estrictamente necesarios, podrán ser comunicados a los médicos, centros médicos, fisioterapeutas, hospitales, reaseguradoras, trabajadores sociales, enfermeros... etc. o personas identificadas como prestadores de servicios sanitarios de la FUNDACIÓN JUAN GIRALDO VENEGAS, así como a las entidades colaboradoras.

Del mismo modo, en base al interés legítimo y necesario para nuestra actividad, es posible que, debido a que algunos de nuestros servicios son realizados por empresas proveedoras externas de nuestra entidad, sus datos podrán ser comunicados a dichas entidades (empresas de software informático de gestión, desarrollo web, dominios, etc.).

En cuanto a los derechos que le contempla como interesado en el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), usted puede ejercer los siguientes derechos:

- Derecho a solicitar el acceso a sus datos personales contenidos en nuestros ficheros.
- Derecho a solicitar la rectificación de los datos inexactos.
- Derecho a solicitar la limitación del tratamiento en los casos establecidos por el RGPD, en cuyo caso, solamente los conservaremos para el ejercicio o defensa de reclamaciones.
- Derecho de cancelación u oposición al tratamiento de los datos.
- Derecho a la portabilidad de los datos.
- Derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Para ejercitar sus derechos, deberá enviar su solicitud a nuestra organización, adjuntando a la misma copia de su DNI, pasaporte u otro documento equivalente acreditativo de su identidad y, en su caso, de la persona que lo represente, a través de los siguientes medios:

- **Email:** info@fjuangiraldov.org
- **Dirección postal:**
FUNDACIÓN JUAN GIRALDO VENEGAS
C/ VALENCIA 25, P.I. EL PRADO
06800 MÉRIDA
BADAJOZ

El/la interesada declara haber entendido toda la información expuesta en este documento de: **Consentimiento informado para el tratamiento de datos de carácter personal.**

Asimismo, declara haber manifestado todas las observaciones, y que le han sido aclaradas todas sus dudas, de manera que se siente plenamente informado/a en lo que se refiere al tratamiento de sus datos por parte de la FUNDACIÓN JUAN GIRALDO VENEGAS.

_____, a _____ de _____ de _____

Firma:



DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR AYUDAS

- Impreso de solicitud y declaración responsable.
- Consentimiento informado para el tratamiento de datos de carácter personal.
- Fotocopia del DNI/NIE del solicitante (en vigor).
- Datos del representante o tutor legal y su DNI (en vigor).
- Certificado colectivo de empadronamiento o residencia que acredite los miembros que componen la unidad de convivencia. Se tramita en el ayuntamiento.
- Declaración de la renta de todas las personas que constan en la vivienda del enfermo. (Si no se hace declaración, la Seguridad Social te emite un certificado).
- Certificado de discapacidad o minusvalía si lo hubiese.
- Certificado de dependencia si lo hubiese.
- Informe de salud actualizado, donde se refleje la necesidad de la solicitud (fisioterapia, logopedia, silla de ruedas... etc), suscrito por un médico colegiado.