

ANEXO I
**SOLICITUD DE CONCESIÓN DE AYUDAS OFTALMOLÓGICAS,
ODONTOLÓGICAS Y AUDITIVAS**

Datos de la/del solicitante

NIF o N^o Tarjeta de Residente:
Nombre y apellidos:
Teléfono 1^o Correo Electrónico:

Datos del otro progenitor, o tutor legal

NIF o N^o Tarjeta de Residente:
Nombre y apellidos:
Teléfono 1^o Correo Electrónico:

Domicilio de la/del solicitante

Domicilio:
Número Bloque Portal Escalera Planta Puerta
Código Postal Municipio

Identificación de los menores para los que se solicita la ayuda

Fecha de nacimiento o adopción:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombre:

Tipo de ayuda que solicita

- Odontológica
- Auditiva
- Oftalmológica

Cuenta bancaria para el abono de la ayuda (IBAN)

Consigne los datos completos de la cuenta bancaria de la que Vd. sea titular y en la que desee recibir el importe del pago de la ayuda solicitada, quedando el Ayuntamiento de Hoyo de Manzanares exonerado de cualquier responsabilidad derivada de errores u omisiones en los mismos.

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO CUENTA

Fecha y firma de la solicitud

DECLARO que son ciertos los datos consignados en el presente documento y autorizo al Ayuntamiento de Hoyo de Manzanares para que mis datos y los de personas relacionadas en

el mismo puedan ser consultados, cotejados y verificados. Además la suscripción de la presente solicitud implica la autorización para que la Administración Municipal pueda comprobar la concurrencia de los requisitos exigidos respecto del empadronamiento y residencia y estar al corriente de pago con la Hacienda Municipal.

DECLARO que de no nos encontramos incurso en las prohibiciones establecidas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y que estamos al corriente de pago con la Agencia Tributaria y la Tesorería General de la Seguridad Social

En Hoyo de Manzanares a de de

Firma de la/del solicitante

Documentación que se adjunta

De aportación obligatoria

Fotocopia compulsada del DNI o Tarjeta de Residencia

Fotocopia compulsada del Libro de Familia

En caso de separación, nulidad o divorcio, fotocopia compulsada de la resolución administrativa o judicial

Factura acreditativa del gasto realizado en el que figure el nombre del menor que recibe el tratamiento y la descripción del tratamiento. La factura deberá de cumplir todos los requisitos legalmente establecidos para que se considere válida.

Solo se admitirá una solicitud por menor que cumpla los requisitos

Para recibir la ayuda hay que estar al corriente de pago de deudas tributarias y no tributarias (multas), en el momento de la solicitud.

En cumplimiento del artículo 5 de la L.O. 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), se le informa de que los datos personales que se facilitan en este impreso de solicitud, serán incorporados al fichero propiedad del Ayuntamiento de Hoyo de Manzanares, para el mantenimiento, gestión, control y seguimiento de dicho petición. Pudiendo ejercitar, en los casos en que proceda, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito al: Ayuntamiento de Hoyo de Manzanares, Plaza Mayor s/n 28240 Madrid.