

ANEXO I

SOLICITUD DE CONCESIÓN DE AYUDAS ECONOMICAS PARA TRATAMIENTOS DE ODONTOLOGÍA

DATOS DE LA PERSONA FISICA INTERESADA				
NOMBRE Y APELLIDOS			NIF/NIE	
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES (CALLE y Nº)		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	
PROVINCIA	TELEFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO		
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	☐ HOMBRE	GRADO DEPENDENCIA	GRADO DISCAPACIDAD
		☐ MUJER		
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (EN SU CASO)				
NOMBRE Y APELLIDOS			NIF/NIE	
DOMICILIO		LOCALIDAD		
TELEFONO DE CONTACTO		CORREO ELECTRONICO		
DATOS DE LA NOTIFICACIÓN				
MEDIO PREFERENTE DE NOTIFICACIÓN (Opción sólo posible para aquellas personas físicas que no estén obligadas a relacionarse con la Administración)				
☐ NOTIFICACIÓN POSTAL ☐ NOTIFICACIÓN ELECTRONICA				
DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA AYUDA				
IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	DC	CUENTA CORRIENTE
DATOS DE LA SOLICITUD				
EXPONE: Que reuniendo los requisitos exigidos en la convocatoria de Ayudas Económicas para Tratamientos de Odontología y manifestando que todos los datos consignados en la presente solicitud son ciertos conforme a las Bases reguladoras publicadas en el B.O.P de fecha ____/____/____.				
SOLICITA: La concesión de ayuda económica para tratamiento de odontología en concepto de por importe de _____ €.				

UNIDAD FAMILIAR					
NIF/NIE	NOMBRE	1º APELLIDO	2º APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	SITUACION LABORAL

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- ☐ NIF/NIE del solicitante y, si procede, de su representante legal.
- ☐ En su caso, poder para que el apoderado pueda actuar en nombre del poderdante.
- ☐ Libro de Familia o Registro electrónico individual.
- ☐ En caso de separación, nulidad, divorcio, tutela o curatela, fotocopia compulsada de la resolución administrativa o judicial.
- ☐ Declaración de Renta del ejercicio inmediatamente anterior de todos los miembros de la Unidad Familiar. En el caso de no estar obligado, certificado de imputaciones expedido por la Agencia Tributaria. Así como una declaración responsable de ingresos percibidos que no aparezcan en dicho certificado.
- ☐ Informe preceptivo elaborado por el/la odontólogo/a o estomatólogo/a de la Unidad de Salud Bucodental (USBD) de referencia del Servicio de Salud de Castilla- La Mancha (SESCAM), indicando las necesidades de tratamiento odontológico (fechado a partir del día de publicación de la convocatoria).
- ☐ Presupuesto del coste del tratamiento a realizar, emitido por una clínica de odontología, siendo característica imprescindible que el concepto sea igual o similar en términos odontológicos a los conceptos diagnosticados en el informe de la USBD y se adecúe a los tratamientos señalados en el punto 2 de las bases de la convocatoria.
- ☐ Anexo II Ficha de terceros, según modelo
- ☐ Anexo III Autorización de consulta de datos de los miembros de la unidad familiar

Con la presentación de la solicitud y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, este órgano gestor del Ayuntamiento de Alcázar de San Juan podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración, salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.

En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:

- ☐ Me opongo a la consulta de residencia.
- ☐ Me opongo a la consulta de datos sobre obligaciones con la Tesorería General de la Seguridad Social.
- ☐ Me opongo a la consulta de datos sobre obligaciones tributarias con la AEAT.
- ☐ Me opongo a la consulta de datos sobre obligaciones tributarias municipales.
- ☐ Me opongo a la consulta de datos catastrales.

En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deberá aportar los datos y documentos no autorizados a consulta para la resolución del presente procedimiento.

