



Ajuntament dels Pallaresos

SOL·LICITUD D'AJUDA PER A L'ADQUISICIÓ DE VACUNES NO COBERTES PEL SISTEMA DE SALUT PÚBLICA

En/na _____ amb NIF/NIE
número _____ i adreça a _____ dels
Pallaresos, actuant en nom propi o en representació del
menor _____ amb telèfon de contacte
_____ i adreça de correu
electrònic _____

EXPOS

L'Ajuntament dels Pallaresos ha aprovat les bases reguladores dels ajuts dirigits a l'adquisició de les vacunes no cobertes per l'actual sistema de salut pública, i, en concret, les referides al:

Meningitis B (Bexsero): per nens/es nascuts/des abans del 1/1/2025

Meningitis ACWY (Nimenrix): es pot administrar des dels 6 mesos 1 dosi.

Meningitis ACWY (Menveo): per majors de 24 mesos 1 dosi.

Rotavirus (Rotateq/Roratix): 2 o 3 dosis depenent de la marca, s'administra des dels 2 mesos fins als 6-8 mesos (segons vacuna)

Virus Papiloma Humano (Gardasil 9): nens entre 11-14 anys. A les nenes se les vacuna a l'escola.

Que assabentat dels requisits següents, establerts a les basses publicades al BOPT 4356-2021 de 20 de maig, convocatòria publicada al BOPT:

1. Persones que requereixin l'administració de la vacuna per raons de salut o de prevenció
2. Els pares, mares i/o tutors o persones encarregades per raó de tutela o acolliment formalitzat davant d'autoritat pública amb competència en matèria de protecció de menors en el cas de vacunes referides al Rotavirus, al Meningococo B i Meningitis ACWY i persones entre els 14 i els 30 anys (en el cas del Papil·loma humà)
3. El sol·licitant o el seu representant, si el beneficiari és un menor d'edat, hauran d'estar al corrent de les seves obligacions tributàries amb l'Ajuntament dels Pallaresos així com amb la resta d'Administracions Públiques en el moment de finalització del termini de presentació de sol·licituds. En tots els casos, i tenint com a referència la data de presentació de la sol·licitud, s'haurà d'acreditat una antiguitat mínima d'un any continuat en el padró d'habitants



Ajuntament dels Pallaresos

Que atès que compleixo els requisits establerts a les bases, presento la documentació següent:

- ✎ Fotocòpia del NIF/DNI dels sol·licitants, en cas de menors, s'adjuntarà també el Llibre de Família.
- ✎ Fotocòpia de la recepta mèdica que prescriu la vacunació.
- ✎ Fitxa de tercer degudament autoritzada per l'entitat financera en què es procedirà a formalitzar l'ingrés de les ajudes o fotocòpia del 1er full de la llibreta bancària o Caixa d'Estalvis del pare/mare/tutor on desitja que, si és el cas, sigui ingressada l'ajuda.
- ✎ Fotocòpia compulsada de la factura de l'adquisició de les vacunes. S'admetran les factures en data entre l'1 de novembre de l'any anterior i 31 d'octubre de l'any en curs.

SOL·LICITO

Que tingueu a bé en admetre l'anterior documentació i m'atorgueu l'ajut corresponent per a l'adquisició de vacunes.

Ho signo als Pallaresos, el dia _____ de _____ de _____

En compliment del que estableix l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), L'AJUNTAMENT DELS PALLARESOS, l'informa que les dades de caràcter personal que ens proporcionin mitjançant l'emplenament de qualsevol instància de registre, es recolliran en els fitxers el responsable dels quals és l'AJUNTAMENT DELS PALLARESOS. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició al tractament d'aquestes dades, en els termes establerts a la LOPD, o bé adreçant-se a les nostres oficines a l'Avinguda Catalunya, número 8.



Ajuntament dels Pallaresos

IL·LTRE. SR. ALCALDE DE L'AJUNTAMENT DELS PALLARESOS

AUTORITZACIÓ – CONSULTA DE DADES (Majors d'edat de l' unitat familiar)

Jo _____ amb NIF _____

AUTORITZO, de conformitat amb la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, que les meves dades personals s'incorporin als fitxers automatitzats titulars de l'Ajuntament dels Pallaresos, amb les finalitats pròpies per a la gestió dels ajuts per a l'adquisició de vacunes no cobertes pel sistema de salut pública, amb el consentiment exprés per al tractament de la finalitat indicada.

☐ **NO AUTORITZO** a contrastar les dades que constin al Padró i d'altres arxius de l'Ajuntament dels Pallaresos per tal de comprovar que es compleixen els requisits de l' unitat familiar i/o convivència a efectes de l'accés al recurs sol·licitat i per tant aporto la documentació justificativa corresponent a efectes de comprovació.

☐ **NO AUTORITZO** a efectuar les consultes necessàries amb l'Agència Estatal d'Administració Tributària a obtenir les dades necessàries per determinar la renda familiar a efectes de l'accés al recurs sol·licitat, i per tant aporto la documentació justificativa corresponent a efectes de comprovació.

Els Pallaresos, a _____ de _____ de 20

(signatura)

DECLAREM:

1. Que acceptem els requisits establerts a les bases reguladores de les ajudes.
2. Que complim els requisits i presentem la sol·licitud en el termini i forma que determina el conveni.
3. Que quedem assabentats que la inexactitud de les dades pot donar lloc a la desestimació de la sol·licitud presentada.
4. Que quedem assabentats que l'ocultació d'informació o falsedat en la documentació presentada pot donar lloc a la denegació o revocació de l'ajut.