AYUNTAMIENTO DE TORRES DE BERRELLÉN

ANEXO I: MODELO DE SOLICITUD DE SUBVENCIÓN ASISTENCIAL

USUARIOS DEL CENTRO DE DÍA MUNICIPAL «NUESTRA SEÑORA DEL CASTELLAR» AYUNTAMIENTO DE TORRES DE BERRELLÉN (EJERCICIO 2026)

1. DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA (USUARIO DEL CENTRO DE DÍA)

Nombre y Apellidos:	_____
DNI / NIE / Pasaporte:	_____ Fecha Nacimiento: _____
Domicilio en Torres de B.:	_____
Teléfono de Contacto:	_____ Correo Electrónico: _____

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL / GUARDADOR DE HECHO (en su caso)

Nombre y Apellidos del Rep.:	_____
DNI / NIE del Representante:	_____ Relación/Parentesco: _____
Condición de la Representación:	[ ] Tutor Legal [ ] Guardador de Hecho [ ] Apoderado/Familiar
Teléfono y Correo Electrónico:	Tel: _____ E-mail: _____

3. DATOS BANCARIOS (PARA DOMICILIACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CUOTAS)

Titular de la Cuenta:	_____
Código IBAN:	ES__ ____ ____ ____ ____ ____ Entidad: _____

4. COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA

Relacione a continuación todos los miembros que integran la unidad familiar de convivencia:

Nombre y Apellidos	DNI / NIE	Parentesco	Edad	Ingresos Muestr.

5. DECLARACIONES RESPONSABLES Y COMPROMISOS DEL SOLICITANTE

[ ] Que el solicitante es usuario del servicio completo del Centro de Día Municipal «Nuestra Señora del Castellar» de Torres de Berrellén.

[ ] Que cumple con el requisito de vecino 'Local' por estar empadronado de forma continuada en Torres de Berrellén al menos en los últimos 3 años o ser familiar a cargo de vecino residente en los términos de las Bases.

[ ] Que me comprometo expresamente a SOLICITAR las prestaciones o ayudas de dependencia vinculadas al servicio de Centro de Día ante el Gobierno de Aragón (IASS) u otras Administraciones Públicas.

[ ] Que asumo el compromiso formal de COMUNICAR al Ayuntamiento de Torres de Berrellén cualquier resolución, modificación de grado o actualización económica relativa a la ayuda de dependencia en el plazo máximo de 15 días desde su notificación.

[ ] Que ACEPTO EXPRESAMENTE e INGRESARÉ O LIQUIDARÉ a favor del Ayuntamiento el importe íntegro de la prestación de dependencia percibida para la financiación del servicio, autorizando la compensación automática de deudas y saldos con la tasa municipal del Centro de Día.

[ ] Que me encuentro al corriente en el pago de las cuotas del servicio del Centro de Día y de todas las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social respecto al Ayuntamiento de Torres de Berrellén.

[ ] Que no me encuentro incurso en ninguna de las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario establecidas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, General de Subvenciones.

[ ] Que me comprometo a aportar la declaración responsable de mantenimiento de circunstancias cada seis meses y a participar en la revisión documental cada dos años.

[ ] Que todos los datos consignados en la presente solicitud y en los documentos adjuntos son estrictamente ciertos y completos.

6. AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA LA CONSULTA DE DATOS ADMINISTRATIVOS

El abajo firmante AUTORIZA expresamente al Ayuntamiento de Torres de Berrellén para consultar y verificar telemáticamente ante la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT), la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), la Dirección General del Catastro y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS - Gobierno de Aragón), los datos económicos, fiscales, catastrales y de reconocimiento del grado de dependencia necesarios para la tramitación y cálculo de la subvención asistencial.

[ ] Me OPONGO expresamente a la consulta telemática de datos, **obligándome a aportar de forma presencial todos los certificados y documentos justificativos exigidos.**

7. DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A LA SOLICITUD (Marque lo que proceda)

[ ] Fotocopia del DNI / NIE o pasaporte del beneficiario y de los miembros de la unidad de convivencia.

[ ] Fotocopia del Libro de Familia o acreditación del parentesco / representación legal o guardador de hecho.

[ ] Certificado de empadronamiento colectivo / convivencia expedido por el Ayuntamiento.

[ ] Fotocopia de la Declaración del IRPF del ejercicio anterior de todos los miembros de la unidad familiar (o certificado negativo de renta expedido por la AEAT acompañado de declaración jurada e ingresos).

[ ] Certificado catastral de bienes inmuebles urbanos y rústicos de la unidad familiar (o autorización de consulta).

[ ] Copia de la solicitud o resolución del reconocimiento de Grado de Dependencia expedida

por el IASS (Gobierno de Aragón).

[ ] Ficha de terceros / Documento de domiciliación bancaria firmado.

8. INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS Y FIRMA

De conformidad con la LO 3/2018 de Protección de Datos Personales y el RGPD UE 2016/679, se informa que los datos facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de Torres de Berrellén con la finalidad exclusiva de gestionar la subvención asistencial solicitada. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición dirigiéndose al Ayuntamiento (Plaza Juan Pablo Bonet, 12) o al correo ayuntamiento@torresdeberrellen.net.

En Torres de Berrellén, a _____ de _____ de 2026.

Firma de la persona beneficiaria o representante legal / tutor:

Fdo.: _____

SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE TORRES DE BERRELLÉN (ZARAGOZA)