

**SOLICITUD DE AYUDAS INDIVIDUALES  
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA  
EJERCICIO 2024**

**SOLICITUD**

**I. Ayudas que solicita**

| Descripción de la ayuda | Cuantía |
|-------------------------|---------|
|                         |         |
|                         |         |
|                         |         |
|                         |         |
|                         |         |

**II. Datos de la persona beneficiaria**

|                                                                              |              |                                                                        |           |                     |                    |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|--------------------|
| Primer apellido                                                              |              | Segundo apellido                                                       |           | Nombre              |                    |
| NIF/ NIE                                                                     | Estado Civil | Sexo<br><input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre |           |                     |                    |
| Localidad de nacimiento                                                      |              | Provincia de nacimiento                                                |           | Fecha de nacimiento |                    |
| Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...) |              |                                                                        | Localidad |                     |                    |
| Provincia                                                                    |              | Código postal                                                          | Teléfono  |                     | Correo electrónico |

**III. Datos del Representante legal** en caso de que el interesado tenga su capacidad modificada judicialmente, guardador de hecho, o quien ejerza la patria potestad en el caso de menores

|                                                                              |                             |                  |              |                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------|--------------------|--|
| Primer apellido                                                              |                             | Segundo apellido |              | Nombre             |  |
| NIF / NIE                                                                    | Relación con el solicitante |                  | Estado Civil |                    |  |
| Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...) |                             |                  |              | C.P.               |  |
| Localidad                                                                    |                             | Provincia        |              | País               |  |
| Teléfono 1                                                                   |                             | Teléfono 2       |              | Correo electrónico |  |

**IV. Domicilio a efectos de notificaciones**

|                                                                              |  |                |                    |
|------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--------------------|
| Nombre y Apellidos                                                           |  |                |                    |
| Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...) |  |                | C.P.               |
| Localidad                                                                    |  | Provincia      | País               |
| Teléfono fijo                                                                |  | Teléfono móvil | Correo electrónico |



## V. Situación personal y asistencial

|                                                                                                                       |                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Es huérfano absoluto –padre y madre-?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | ¿Es huérfano de padre o madre?<br><input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre |
| ¿Carece de otros familiares que le presten atención?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No       |                                                                                                 |
| ¿Asiste a un Centro?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                       | Si la anterior respuesta es afirmativa, indique su nombre y dirección                           |
| ¿Está atendido en un Centro como residente?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Si la anterior respuesta es afirmativa, indique su nombre y dirección                           |
| ¿Tiene medidas judiciales de apoyo por sentencia judicial?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                                                                 |

## VI. Datos de la discapacidad

|                                                                                                                     |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Ha sido reconocido con grado de discapacidad?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           | Si esta última respuesta es afirmativa, indique:<br>Grado..... Fecha reconocimiento.....<br>Provincia ..... |
| ¿Ha sido reconocido persona en situación de dependencia?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es afirmativa, indique:<br>Grado..... Fecha reconocimiento.....<br>Provincia .....          |

## VII. Datos económicos

### VII.1 Ingresos o rentas propias

|                                                                                           |                     |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ¿Tiene ingresos o rentas propias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                     |                             |
| Indique recursos económicos de trabajo, prestaciones, pensiones u otros ingresos.         |                     |                             |
| Concepto                                                                                  | Cuantía anual bruta | Empresa, organismo, persona |
|                                                                                           |                     |                             |
|                                                                                           |                     |                             |
|                                                                                           |                     |                             |

### VII.2 Otras ayudas solicitadas o percibidas

|                                                                                                                                |                     |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ¿Ha percibido, percibe o ha solicitado ayudas para la misma finalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                     |                             |
| Si la anterior respuesta es afirmativa, indique otras ayudas solicitadas o percibidas                                          |                     |                             |
| Concepto                                                                                                                       | Cuantía anual bruta | Empresa, organismo, persona |
|                                                                                                                                |                     |                             |
|                                                                                                                                |                     |                             |
|                                                                                                                                |                     |                             |



### VIII. Datos de la unidad económica de convivencia

| Nombre y apellidos de las personas integrantes de la unidad familiar | Fecha nacimiento | DNI / NIE | Parentesco con el solicitante | Ingresos anuales | Procedencia de los ingresos |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|-------------------------------|------------------|-----------------------------|
|                                                                      |                  |           |                               |                  |                             |
|                                                                      |                  |           |                               |                  |                             |
|                                                                      |                  |           |                               |                  |                             |
|                                                                      |                  |           |                               |                  |                             |
|                                                                      |                  |           |                               |                  |                             |
|                                                                      |                  |           |                               |                  |                             |
|                                                                      |                  |           |                               |                  |                             |
|                                                                      |                  |           |                               |                  |                             |

Si alguno de los integrantes de la unidad familiar tiene reconocido Grado de Discapacidad o de Dependencia, indique los siguientes datos:

| Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | DNI / NIE | Discapacidad             | Dependencia              |
|--------|-----------------|------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
|        |                 |                  |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                 |                  |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indique cualquier circunstancia que le parezca importante resaltar.

**IX. Domiciliación bancaria:** el titular de la cuenta deberá ser **siempre** la persona beneficiaria de la ayuda.

|                     |                                             |
|---------------------|---------------------------------------------|
| IBAN:               |                                             |
| NIF/NIE del Titular | Nombre y apellidos del titular de la cuenta |

### X. Declaración

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud y los documentos que se acompañan son ciertos.

La unidad responsable del tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en esta solicitud es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Dichos datos serán tratados con el fin exclusivo de gestionar ayudas individuales a personas con discapacidad o dependencia y a integrantes de su unidad familiar o entorno. La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal.

No se comunicarán datos a terceros, salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad](#) de los datos o de [limitación](#) y [oposición](#) a su tratamiento, así como a [no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#) a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrá obtener información adicional en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, en el siguiente enlace [protecciondatos.aragon.es/309](https://protecciondatos.aragon.es/309)



## XI. Verificación y consulta de datos

### AUTORIZACIÓN A LA CONSULTA DE DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA AYUDA

#### DERECHO DE OPOSICIÓN (Artículo 28.2 de la Ley 39/2015)

La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) realizará las consultas necesarias para comprobar la exactitud de los datos aportados en la solicitud.

En particular, consultará:

Datos de identidad (DGP), datos de residencia con fecha de última variación padronal (INE), prestaciones del registro de prestaciones sociales públicas, incapacidad temporal y maternidad (INSS), datos relativos a los doce últimos meses de la vida laboral y datos de estar al corriente de pago con la Seguridad Social (TGSS), situación actual de prestaciones por desempleo (SEPE), datos de discapacidad y dependencia (CCAA) y datos de corriente de pago con las CCAA.

Los titulares de los datos o sus representantes legales podrán ejercer su derecho de oposición conforme al modelo específico para el ejercicio de este derecho, disponible en <https://www.aragon.es/en/tramitador/-/tramite/proteccion-datos-ejercicio-derecho-oposicion>

Para la consulta de los datos tributarios, la Administración necesita el consentimiento expreso de la **PERSONA BENEFICIARIA**, marcando con una "X" las siguientes casillas:

- ☐ AUTORIZO: la consulta de los datos del interesado de estar al corriente de obligaciones tributarias (AEAT).  
☐ AUTORIZO: la consulta de los datos de nivel de renta (AEAT).

En caso de ejercicio de su derecho de oposición motivada o de no autorizar la consulta de datos tributarios y de la seguridad social, **LA PERSONA BENEFICIARIA** deberá APORTAR los documentos que se indican en la solicitud.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

**Firma de la persona beneficiaria**

**Firma del representante**

La unidad responsable del tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en esta solicitud es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Dichos datos serán tratados con el fin exclusivo de gestionar ayudas individuales a personas con discapacidad o dependencia y a integrantes de su unidad familiar o entorno. La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal.

No se comunicarán datos a terceros, salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad](#) de los datos o de [limitación](#) y [oposición](#) a su tratamiento, así como a [no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#) a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrá obtener información adicional en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, en el siguiente enlace [protecciondatos.aragon.es/309](https://protecciondatos.aragon.es/309)



## **AUTORIZACIÓN A LA CONSULTA DE DATOS DE LAS PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYORES DE 14 AÑOS**

### **IMPORTANTE:**

ES NECESARIO **RELLENAR UNA COPIA DE ESTA PÁGINA POR CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR** MAYOR DE 14 AÑOS, HASTA EL PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD

Nombre y apellidos de la **PERSONA INTEGRANTE DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYOR DE 14 AÑOS**

---

### **DERECHO DE OPOSICIÓN (Artículo 28.2 de la Ley 39/2015)**

La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) realizará las consultas necesarias para comprobar la exactitud de los datos aportados en la solicitud.

En particular, consultará:

Datos de identidad (DGP), prestaciones del registro de prestaciones sociales públicas, incapacidad temporal y maternidad (INSS), datos de discapacidad y dependencia (CCAA), datos de los doce últimos meses de la vida laboral (TGSS) y situación actual de prestaciones por desempleo (SEPE).

Los titulares de los datos podrán ejercer su derecho de oposición conforme al modelo específico para el ejercicio de este derecho, disponible en <https://www.aragon.es/en/tramitador/-/tramite/proteccion-datos-ejercicio-derecho-oposicion>

Para la consulta de los datos tributarios, la Administración necesita el consentimiento expreso de la **PERSONA INTEGRANTE DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYOR DE 14 AÑOS**, marcando con una "X" la siguiente casilla:

☐ AUTORIZO: la consulta de los datos de nivel de renta (AEAT).

En caso de ejercicio de su derecho de oposición motivada o de no autorizar la consulta de datos tributarios y de la seguridad social, **LA PERSONA INTEGRANTE DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYOR DE 14 AÑOS** deberá APORTAR los documentos que se indican en la solicitud.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

### **Firmado:**

La unidad responsable del tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en esta solicitud es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Dichos datos serán tratados con el fin exclusivo de gestionar ayudas individuales a personas con discapacidad o dependencia y a integrantes de su unidad familiar o entorno. La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal.

No se comunicarán datos a terceros, salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad](#) de los datos o de [limitación](#) y [oposición](#) a su tratamiento, así como a [no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#) a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrá obtener información adicional en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, en el siguiente enlace [protecciondatos.aragon.es/309](https://protecciondatos.aragon.es/309)

SR/SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES



#### DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD:

- ☐ Fotocopia del DNI/NIE de la persona beneficiaria y del representante (únicamente en el caso de NO AUTORIZAR la consulta de identidad)
- ☐ Certificado de empadronamiento familiar (Incluyendo al beneficiario) en el que conste el tiempo de residencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ☐ Certificado del organismo público competente que acredite el grado de discapacidad o grado de dependencia del solicitante de la ayuda, cuando haya sido emitido por otra CC. AA distinta a la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ☐ Fotocopia de la sentencia judicial de medidas judiciales de apoyo, en su caso.
- ☐ En el caso de que algún miembro de la unidad de convivencia figure de alta laboral por cuenta propia, declaraciones trimestrales de impuestos.
- ☐ En el caso de que algún miembro de la unidad de convivencia figure de alta laboral por cuenta ajena, contrato de trabajo y nóminas.
- ☐ En su caso, Declaración de IRPF de los mayores de edad que conforman la unidad de convivencia o en caso de no figurar obligados, certificado negativo. (únicamente en el caso de NO AUTORIZAR la consulta a la administración).
- ☐ En el caso de que en el momento de realizar la solicitud se perciban ingresos de prestaciones y/o pensiones procedentes de otros organismos, certificados de los mismos. (únicamente en el caso de NO AUTORIZAR la consulta a la administración).
- ☐ Factura original del gasto realizado, junto con los justificantes bancarios de pago, en el caso de operaciones por un importe igual o superior a 1.000 euros.
- ☐ Anexo transporte 2024 (declaración responsable de Transporte, en su caso)
- ☐ En el caso que se encuentre en esa situación, Declaración responsable según anexo II.

La unidad responsable del tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en esta solicitud es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Dichos datos serán tratados con el fin exclusivo de gestionar ayudas individuales a personas con discapacidad o dependencia y a integrantes de su unidad familiar o entorno. La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal.

No se comunicarán datos a terceros, salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad](#) de los datos o de [limitación](#) y [oposición](#) a su tratamiento, así como a [no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#) a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrá obtener información adicional en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, en el siguiente enlace [protecciondatos.aragon.es/309](https://protecciondatos.aragon.es/309)