

ANNEX 2

Sol·licitud d'ajuda social

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

Nom	Primer llinatge	Segon llinatge	
Adreça		Núm.	Pis i porta
CP	Localitat	Província	
Telèfon			

DOMICILI DE NOTIFICACIÓ

Carrer/Plaça/Via		Núm.	Pis i porta
CP	Localitat	Província	
Adreça electrònica			

EXPÒS:

Que les meves dades, les circumstàncies i la documentació s'adjunten per raons de confidencialitat en un sobre tancat.

SOL·LICIT:

Una ajuda social d'acord amb el que preveuen la Llei 14/2016 i la Resolució de la consellera de Salut de convocatòria de les ajudes previstes en la Llei.

_____, ____ d _____ 2017

SECRETARIA GENERAL DE LA CONSELLERIA DE SALUT

ANNEX 3

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT (representant legal/voluntari de la persona beneficiària)

Llinatges i nom:
Document d'identificació:
Relació amb la persona beneficiària (representant legal/voluntari):

DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA

Llinatges i nom:
Data de naixement:
Document d'identificació:

☐ La persona beneficiària pateix hemofília o altres coagulopaties congènites i ha desenvolupat l'hepatitis C com a conseqüència d'haver rebut un tractament amb concentrats de factors de coagulació en l'àmbit sanitari públic de les Illes Balears.

☐ La persona beneficiària és familiar de la persona que patia la malaltia. Indica la relació_____.

Dades del compte bancari a l'efecte de l'ingrés derivat del procediment:

Dades de l'entitat bancària	
Nom entitat	
Domicili sucursal o oficina	
CODI BIC o SWIFT ¹	

Data:
Signatura de la persona beneficiària o del representant legal/voluntari:

|

Dades del compte

Seleccioneu l'opció que correspongui

Opció 1- IBAN DEL COMPTE ⁱⁱ per a comptes a Espanya:																							
País (2 dígits)		Control IBAN (2 dígits)		Codi entitat (4 dígits)				Codi sucursal-oficina (4 dígits)				DC compte (2 dígits)		Núm. compte o llibreta (10 dígits)									
E	S																						

Opció 2- IBAN DEL COMPTE d'altres països:																				

Opció 3- Numeració del compte:																				
Només per a comptes a països sense codi IBAN																				
País:																				

L'Administració de la Comunitat Autònoma, una vegada fets els ingressos en el compte indicat en aquesta declaració queda eximida de responsabilitat per les actuacions que es derivin d'errors en les dades indicades per la persona declarant.

Informació sobre protecció de dades relativa a aquesta declaració responsable de veracitat de les dades bancàries

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informam que les dades personals que aporteu s'incorporaran i es tractaran en el fitxer de tercers amb la finalitat de dur el control i la gestió dels pagaments a persones creditors i de transferències a les entitats financeres. Per exercir el dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició al tractament d'aquestes dades podeu adreçar-vos al centre gestor a què es refereix aquesta declaració segons les condicions que preveu la legislació vigent.

AUTORITZACIONS A LA SECRETARIA GENERAL DE LA CONSELLERIA DE SALUT

Marcau amb una X les dades que NO autoritzau que la Secretaria General de la Conselleria de Salut consulti directament, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius i l'article 28.2 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques:

Data:
Signatura de la persona beneficiària o del representant legal/voluntari:

- Autoritz la Secretaria General de la Conselleria de Salut perquè comprovi la meua identitat (només en el cas de ser espanyol). No l'autoritz ☐
- Autoritz la Secretaria General de la Conselleria de Salut perquè comprovi la meua inscripció en el padró municipal (la Secretaria General només pot consultar l'empadronament respecte dels ajuntaments següents: Alaior, Alaró, Algaida, Calvià, es Castell, Ciutadella de Menorca, Consell, Ferreries, Lloret de Vistalegre, Lloseta, Maó, Maria de la Salut, es Mercadal, es Migjorn Gran, Palma, Sant Lluís, ses Salines, Selva, Sineu i Valldemossa). No l'autoritz ☐
- Autoritz la Secretaria General de la Conselleria de Salut a obtenir de manera directa l'acreditació del compliment de les obligacions tributàries i amb la Seguretat Social. No l'autoritz ☐
- Autoritz la Secretaria General de la Conselleria de Salut perquè comprovi que estic inclòs en el cens definitiu que preveu l'article 80 de la Llei 55/1999, de 29 de desembre, com a persona afectada en l'àmbit del sistema sanitari públic de les Illes Balears. No l'autoritz ☐
- Autoritz l'Administració de la Comunitat Autònoma per consultar les dades d'identitat de bases de dades d'altres administracions a les quals pugui accedir per verificar les dades que aport mitjançant aquesta declaració. No l'autoritz ☐

Autorització que formula la persona representant

_____, com a representant de la persona beneficiària, autoritz la Secretaria General de la Conselleria de Salut perquè comprovi la meua identitat (només en el cas de ser espanyol). No l'autoritz ☐

DECLARACIONS RESPONSABLES

Declar responsablement:

- ☐ Que no he rebut altres ajudes pel mateix concepte en altres comunitats autònomes.

Data:
Signatura de la persona beneficiària o del representant legal/voluntari:

- ☐ Que no he obtingut una sentència condemnatòria contra qualsevol de les administracions públiques sanitàries i dels centres sanitaris vinculats al Sistema Nacional de Salut o contra el seu personal, per contagi del virus de l'hepatitis C.
- ☐ Que no he estat condemnat mitjançant una sentència ferma, ni he estat sancionat mitjançant una resolució ferma a la pèrdua de la possibilitat d'obtenir ajuts públics, ni incorr en cap prohibició legal d'inhabilitació per a això.
- ☐ Que no estic empadronat en cap municipi de les Illes Balears però estic inclòs en el cens definitiu com a persona afectada en l'àmbit del sistema sanitari públic de les Illes Balears.
- ☐ Que són certes les dades respecte de la titularitat del compte bancari que he facilitat.
- ☐ Que són exactes i vertaderes totes les dades consignades en aquesta sol·licitud i en els documents que s'adjunten, i que sé que en cas que no hagi facilitat o fet declaracions o aportat documents complets i exactes incorreré en la responsabilitat que estableix la Llei 14/2016, de 26 d'octubre, per la qual s'estableixen ajudes socials complementàries a les persones amb hemofília o altres coagulopaties congènites que hagin desenvolupat l'hepatitis C com a conseqüència d'haver rebut un tractament amb concentrats de factors de coagulació en l'àmbit sanitari públic de les Illes Balears, sense perjudici d'altres responsabilitats.

RENÚNCIA A L'EXERCICI D'ACCIONS I RECLAMACIONS

- ☐ Renuncïi, amb caràcter previ, a l'exercici de tota mena de reclamacions per contagi del virus de l'hepatitis C contra qualsevol de les administracions públiques sanitàries i dels centres sanitaris vinculats al Sistema Nacional de Salut o contra el personal respectiu.

DOCUMENTACIÓ ADJUNTA

- ☐ Fotocòpia de la documentació acreditativa de la identitat (en cas de ser espanyol, només si no autoritza la Conselleria per consultar les dades del DNI).
- ☐ Certificat d'empadronament en un municipi de les Illes Balears (excepte en els casos oportuns d'autorització a la Secretaria General de la Conselleria de Salut per fer la consulta).
- ☐ Certificat d'estar al corrent de les obligacions tributàries amb l'Administració de l'Estat i amb la Seguretat Social (només en cas que no se n'autoritzi la comprovació d'ofici a la Secretaria General de la Conselleria de Salut).

Data:
Signatura de la persona beneficiària o del representant legal/voluntari:

- ☐ Certificat d'estar inclosa en el cens definitiu que preveu l'article 80 de la Llei 55/1999, de 29 de desembre, com a persona afectada en l'àmbit del sistema sanitari públic de les Illes Balears (només en cas que no s'autoritzi la comprovació d'ofici per part de la Secretaria General de la Conselleria de Salut).
- ☐ Certificat de defunció de la persona que en cas de viure hagués pogut sol·licitar l'ajuda social.
- ☐ Documentació acreditativa del parentiu amb la persona difunta.
- ☐ Documents acreditatius de la representació legal o voluntària (mitjançant qualsevol mitjà admès en dret que deixi constància fidedigna) i de la identificació del representant (només en cas de que no autoritzi la comprovació d'ofici).

AUTORITZACIÓ

- ☐ Consent que la concessió de les ajudes o les dades que he aportat es puguin comunicar a altres comunitats autònomes que ho demanin o a l'Administració de l'Estat.

Protecció de dades

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i l'article 12 del Reial decret 1720/2007, consentiu expressament que les dades que facilitau en la sol·licitud es recullin i es tractin en el fitxer corresponent de la Secretaria General de la Conselleria de Salut. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Secretaria General de la Conselleria de Salut (plaça d'Espanya, 9, de Palma).

Data:
Signatura de la persona beneficiària o del representant legal/voluntari:

SECRETARIA GENERAL DE LA CONSELLERIA DE SALUT

ⁱ BIC: codi internacional d'identificació de l'entitat bancària o codi swift (màxim 11 caràcters).

ⁱⁱ El codi IBAN té 24 dígitos per a Espanya i fins a un màxim de 34 dígitos per a altres països.