

## Anexo 2 Solicitud de ayuda social

### DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Dirección	Núm.	Piso y puerta
CP	Localidad	Provincia
Teléfono		

### DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Calle/Plaza/Vía	Núm.	Piso y puerta
CP	Localidad	Provincia
Correo electrónico		

EXPONGO

Que mis datos, circunstancias y documentación se adjuntan por razones de confidencialidad en sobre cerrado.

SOLICITO

Una ayuda social de acuerdo con lo que prevén la Ley 14/2016 y la Resolución de la consejera de Salud de convocatoria de las ayudas previstas en la Ley.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017

**SECRETARÍA GENERAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD**

### Anexo 3

#### DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (representante legal/voluntario de la persona beneficiaria)

Apellidos y nombre:
Documento de identificación:
Relación con el beneficiario (representante legal/voluntario):

#### DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Apellidos y nombre:
Fecha de nacimiento:
Documento de identificación:

☐ La persona beneficiaria padece hemofilia u otras coagulopatías congénitas y ha desarrollado la hepatitis C como consecuencia de haber recibido un tratamiento con concentrados de factores de coagulación en el ámbito sanitario público de las Islas Baleares.

☐ La persona beneficiaria es familiar de la persona que padecía la enfermedad. Indicar la relación \_\_\_\_\_.

Datos de la cuenta bancaria a efectos del ingreso derivado del procedimiento:

Datos de la entidad bancaria	
Nombre entidad	
Domicilio sucursal u oficina	
CÓDIGO BIC o SWIFT <sup>i</sup>	

Fecha:
Firma de la persona beneficiaria o de su representante legal/voluntario:

## Datos de la cuenta

### Seleccionar la opción que corresponda

Opción 1- IBAN DE LA CUENTA <sup>II</sup> para cuentas en España:																			
País (2 dígitos)		Control IBAN (2 dígitos)		Código entidad (4 dígitos)				Código sucursal-oficina (4 dígitos)				DC cuenta (2 dígitos)		Nº. cuenta o libreta (10 dígitos)					
E	S																		

Opción 2- IBAN DE LA CUENTA de otros países:																									

Opción 3 - Numeración de la cuenta:																									
Sólo para cuentas en países sin código IBAN																									
País:																									

La Administración de la Comunidad Autónoma, una vez realizados los ingresos en la cuenta antes indicada en esta declaración queda eximida de responsabilidad por las actuaciones que se deriven de errores en los datos indicados por la persona declarante.

#### Información sobre protección de datos relativa a esta declaración responsable de veracidad de los datos bancarios

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se le informa de que los datos personales que aporta se incorporarán y se tratarán en el fichero de terceros con la finalidad de llevar el control y la gestión de los pagos a personas acreedoras y de transferencias a las entidades financieras. Para ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de estos datos puede dirigirse al centro gestor a que se refiere esta declaración según las condiciones que prevé la legislación vigente.

#### AUTORIZACIONES A LA SECRETARÍA GENERAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

Marque con una X, los datos que NO autoriza a consultar directamente por parte de la Secretaría General de la Consejería de Salud, de acuerdo con el Decreto 6/2013, de 8 de febrero, de medidas de simplificación documental de los procedimientos administrativos y el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas:

Fecha:
Firma de la persona beneficiaria o de su representante legal/voluntario:

- Autorizo a la Secretaría General de la Consejería de Salud para que compruebe mi identidad (sólo en el caso de ser español). No autorizo ☐
- Autorizo a la Secretaría General de la Consejería de Salud para que compruebe mi inscripción en el padrón municipal (la Secretaría General sólo podrá consultar el empadronamiento con respecto a los siguientes ayuntamientos: 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 y Valldemossa). No autorizo ☐
- Autorizo a la Secretaría General de la Consejería de Salud a obtener de manera directa la acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social. No autorizo ☐
- Autorizo a la Secretaría General de la Consejería de Salud para que compruebe que estoy incluido en el censo definitivo que prevé el artículo 80 de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, como persona afectada en el ámbito del sistema sanitario público de las Islas Baleares. No autorizo ☐
- Autorizo a la Administración de la Comunidad Autónoma a consultar los datos de identidad de bases de datos de otras administraciones a las que pueda acceder para verificar los datos aportados mediante esta declaración. No autorizo ☐

### Autorización que formula la persona representante

\_\_\_\_\_, como persona representante del beneficiario, autorizo a la Secretaría General de la Consejería de Salud para que compruebe mi identidad (sólo en el caso de ser español). No autorizo ☐

### DECLARACIONES RESPONSABLES

Declaro responsablemente:

- ☐ Que no he recibido otras ayudas por el mismo concepto en otras Comunidades Autónomas.

Fecha:
Firma de la persona beneficiaria o de su representante legal/voluntario:

- ☐ Que no he obtenido una sentencia condenatoria contra cualquiera de las administraciones públicas sanitarias y de los centros sanitarios vinculados al Sistema Nacional de Salud o contra su personal, por contagio del virus de la hepatitis C.
- ☐ Que no he sido condenado mediante una sentencia firme, ni he sido sancionado mediante una resolución firme a la pérdida de la posibilidad de obtener ayudas públicas, ni incurso en ninguna prohibición legal de inhabilitación por tal motivo.
- ☐ Que no estoy empadronado en ningún municipio de las Islas Baleares pero estoy incluido en el censo definitivo como persona afectada en el ámbito del sistema sanitario público de las Islas Baleares.
- ☐ Que son ciertos los datos respecto de la titularidad de la cuenta bancaria que he facilitado.
- ☐ Que son exactos y verdaderos todos los datos consignados en esta solicitud y en los documentos que se adjuntan, y que sé que en caso de que no haya facilitado o hecho declaraciones o aportado documentos completos y exactos incurriré en la responsabilidad que establece la Ley 14/2016, de 26 de octubre, por la que se establecen ayudas sociales complementarias a las personas con hemofilia u otras coagulopatías congénitas que hayan desarrollado la hepatitis C como consecuencia de haber recibido un tratamiento con concentrados de factores de coagulación en el ámbito sanitario público de las Islas Baleares, sin perjuicio de otras responsabilidades.

#### **RENUNCIA AL EJERCICIO DE ACCIONES Y RECLAMACIONES**

- ☐ Renuncio, con carácter previo, al ejercicio de toda clase de reclamaciones por contagio del virus de la hepatitis C contra cualquiera de las administraciones públicas sanitarias y de los centros sanitarios vinculados al Sistema Nacional de Salud o contra el personal respectivo.

#### **DOCUMENTACIÓN QUE APORTA**

- ☐ Fotocopia de la documentación acreditativa de la identidad (en caso de ser español, sólo si no autoriza a la Consejería a consultar los datos del D.N.I.).
- ☐ Certificado de empadronamiento en un municipio de las Islas Baleares (excepto en los casos correspondientes de autorización para hacer la consulta a la Secretaría General de la Consejería de Salud).
- ☐ Certificado de estar al corriente de las obligaciones tributarias con la Administración del Estado y con la Seguridad Social (sólo en caso de que no se autorice su comprobación de oficio por la Secretaría General de la Consejería de Salud).

Fecha:
Firma de la persona beneficiaria o de su representante legal/voluntario:

- ☐ Certificado de estar incluido en el censo definitivo que prevé el artículo 80 de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, como persona afectada en el ámbito del sistema sanitario público de las Islas Baleares (sólo en caso de que no se autorice su comprobación de oficio por la Secretaría General de la Consejería de Salud).
- ☐ Certificado de defunción de la persona que, en caso de vivir, hubiera podido solicitar la ayuda social.
- ☐ Documentación acreditativa del parentesco con la persona difunta.
- ☐ Documentos acreditativos de la representación legal o voluntaria (mediante cualquier medio admitido en derecho que deje constancia fidedigna) y de la identificación del representante (sólo en caso de que no autorice la comprobación de oficio).

## AUTORIZACIÓN

- ☐ Consiento que la concesión de las ayudas o los datos que he aportado se puedan comunicar a otras Comunidades Autónomas que lo pidan o a la Administración del Estado.

### Protección de datos

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y el artículo 12 del Real Decreto 1720/2007, consiento expresamente que los datos que facilito en la solicitud se recojan y se traten en el fichero correspondiente de la Secretaría General de la Consejería de Salud.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de la Consejería de Salud (plaza de España, 9, de Palma).

Fecha:

Firma de la persona beneficiaria o de su representante legal/voluntario:

## SECRETARIA GENERAL DE LA CONSELLERIA DE SALUT

<sup>i</sup> BIC: código internacional de identificación de la entidad bancaria o código swift (máximo 11 caracteres).

<sup>ii</sup> El código IBAN tiene 24 dígitos para España y hasta un máximo de 34 dígitos para otros países.