

SOLICITUD DE SERVICIO Y/O PRESTACIÓN SOCIAL

NUEVA SOLICITUD

REVISIÓN

CONCEPTO DE SERVICIO Y/O PRESTACIÓN Y CUANTÍA SOLICITADA

DATOS DEL SOLICITANTE UTS: _____ EXPTE.: _____ (A cumplimentar por Administración)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI/NIE/PASAPORTE: _____

DOMICILIO: _____ CP/LOCALIDAD: _____

Dirección a efectos de notificaciones: _____

E-MAIL: _____ TLF: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ F.NACIMIENTO: _____

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR Y BENEFICIARIO/A (Marcar el círculo con una "X" a la/s persona/s beneficiaria/s)

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/ PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON SOLICITANTE	ESTADO CIVIL	CENTRO ESCOLAR (*)
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
INGRESOS MENSUALES NETOS UNIDAD FAMILIAR (Salarios, pensiones, intereses bancarios...)			GASTOS MENSUALES VIVIENDA (Hipoteca o alquiler)		

(*) Cumplimentar en caso de solicitar beca de comedor escolar o Escuela Infantil

RELLENAR SOLO EN CASO DE SOLICITUD DE TELEASISTENCIA -- PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS	TELÉFONO/S

RELLENAR SOLO SI TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD Y/O DEPENDENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS	DISCAPACIDAD	GRADO	DEPENDENCIA	GRADO
	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	

Declara no gozar de ayudas o subvenciones con finalidad similar provenientes de otras Instituciones u Organismos Públicos.

El firmante declara la veracidad de los datos consignados y realiza una solicitud de Servicio y/o Prestación Social en la Concejalía de Familia, Servicios Sociales y Sanidad.

Las Rozas de Madrid, a _____ de _____ de 201__

Firmado: _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y su normativa de desarrollo, se informa de que los datos personales incluidos en los impresos de tramitación y en cuantos documentos justificativos sea necesario aportar, incluidos los de salud, para valorar y tramitar la solicitud de servicio y/o prestación objeto de las Bases Reguladoras Municipales para la gestión de las prestaciones de carácter económico y servicios de atención social primaria, serán incorporados a un fichero propiedad del Ayuntamiento de Las Rozas, autorizando a éste el tratamiento con la única y exclusiva finalidad expresada. Los datos podrán ser comunicados a Órganos de la Administración Autonómica y Local, con competencias en la materia de Servicios Sociales, a la Intervención General Municipal y a los Órganos del Tribunal de cuentas con la finalidad de control financiero del Ayuntamiento. Asimismo, sus datos serán utilizados para proporcionarle por cualquier medio (electrónico o no), información relativa del servicio y/o prestación objeto de las presentes bases reguladoras municipales. Igualmente podrá recibir comunicaciones incluso electrónicas relativas a información general de servicios de la Concejalía. En caso de oponerse al tratamiento con la finalidad de enviarse información de la Concejalía, marque la casilla

Mediante la suscripción del presente documento, Ud. presta su consentimiento expreso para el tratamiento, en su caso, de los datos de los menores beneficiarios, incluidos sus datos de salud, con las finalidades descritas anteriormente, asimismo, en el caso de que facilite datos de terceras personas se responsabiliza de informarles y recabar el consentimiento previo de los mismos para la cesión de sus datos a este Ayuntamiento con las finalidades expresadas. El solicitante se hará responsable, en su caso, de las consecuencias derivadas de la no obtención del citado consentimiento, el cual podrá ser requerido en cualquier momento a petición de este Ayuntamiento.

El Ayuntamiento garantiza que los datos serán tratados con absoluta confidencialidad. Resulta imprescindible que la información sea lo más precisa, veraz y completa posible en orden a un mejor tratamiento y gestión de la solicitud y en cumplimiento de los principios de calidad e protección de datos.

Les informamos que pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita, adjuntando copia del DNI, dirigida al domicilio del Ayuntamiento ubicado en Plaza Mayor, 1 – 28231 – Las Rozas de Madrid, o mediante el envío de un correo electrónico con firma digital reconocida a la siguiente dirección solicitudesARCO@lasrozas.es

SOLICITUD DE SERVICIO Y/O PRESTACIÓN SOCIAL

NUEVA SOLICITUD

REVISIÓN

CONCEPTO DE SERVICIO Y/O PRESTACIÓN Y CUANTÍA SOLICITADA

DATOS DEL SOLICITANTE

UTS: _____ EXPTE.: _____ (A cumplimentar por Administración)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI/NIE/PASAPORTE: _____

DOMICILIO: _____ CP/LOCALIDAD: _____

Dirección a efectos de notificaciones: _____

E-MAIL: _____ TLF: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ F.NACIMIENTO: _____

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR Y BENEFICIARIO/A (Marcar el círculo con una "X" a la/s persona/s beneficiaria/s)

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/ PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON SOLICITANTE	ESTADO CIVIL	CENTRO ESCOLAR (*)
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
INGRESOS MENSUALES NETOS UNIDAD FAMILIAR (Salarios, pensiones, intereses bancarios...)			GASTOS MENSUALES VIVIENDA (Hipoteca o alquiler)		

(*) Cumplimentar en caso de solicitar beca de comedor escolar o Escuela Infantil

RELLENAR SOLO EN CASO DE SOLICITUD DE TELEASISTENCIA -- PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS	TELÉFONO/S

RELLENAR SOLO SI TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD Y/O DEPENDENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS	DISCAPACIDAD	GRADO	DEPENDENCIA	GRADO
	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	

Declara no gozar de ayudas o subvenciones con finalidad similar provenientes de otras Instituciones u Organismos Públicos.

El firmante declara la veracidad de los datos consignados y realiza una solicitud de Servicio y/o Prestación Social en la Concejalía de Familia, Servicios Sociales y Sanidad.

Las Rozas de Madrid, a _____ de _____ de 201__

Firmado: _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y su normativa de desarrollo, se informa de que los datos personales incluidos en los impresos de tramitación y en cuantos documentos justificativos sea necesario aportar, incluidos los de salud, para valorar y tramitar la solicitud de servicio y/o prestación objeto de las Bases Regulatorias Municipales para la gestión de las prestaciones de carácter económico y servicios de atención social primaria, serán incorporados a un fichero propiedad del Ayuntamiento de Las Rozas, autorizando a éste el tratamiento con la única y exclusiva finalidad expresada. Los datos podrán ser comunicados a Órganos de la Administración Autonómica y Local, con competencias en la materia de Servicios Sociales, a la Intervención General Municipal y a los Órganos del Tribunal de cuentas con la finalidad de control financiero del Ayuntamiento. Asimismo, sus datos serán utilizados para proporcionarle por cualquier medio (electrónico o no), información relativa del servicio y/o prestación objeto de las presentes bases reguladoras municipales. Igualmente podrá recibir comunicaciones incluso electrónicas relativas a información general de servicios de la Concejalía. En caso de oponerse al tratamiento con la finalidad de enviarte información de la Concejalía, marque la casilla

Mediante la suscripción del presente documento, Ud. presta su consentimiento expreso para el tratamiento, en su caso, de los datos de los menores beneficiarios, incluidos sus datos de salud, con las finalidades descritas anteriormente, asimismo, en el caso de que facilite datos de terceras personas se responsabiliza de informarles y recabar el consentimiento previo de los mismos para la cesión de sus datos a este Ayuntamiento con las finalidades expresadas. El solicitante se hará responsable, en su caso, de las consecuencias derivadas de la no obtención del citado consentimiento, el cual podrá ser requerido en cualquier momento a petición de este Ayuntamiento.

El Ayuntamiento garantiza que los datos serán tratados con absoluta confidencialidad. Resulta imprescindible que la información sea lo más precisa, veraz y completa posible en orden a un mejor tratamiento y gestión de la solicitud y en cumplimiento de los principios de calidad e protección de datos.

Les informamos que pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita, adjuntando copia del DNI, dirigida al domicilio del Ayuntamiento ubicado en Plaza Mayor, 1 – 28231 – Las Rozas de Madrid, o mediante el envío de un correo electrónico con firma digital reconocida a la siguiente dirección solicitudesARCO@lasrozas.es