



## SOLICITUD DE ACCIÓN SOCIAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

### DATOS PERSONALES

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO			GERENCIA Y CENTRO DE TRABAJO	

### DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES:

CALLE	Nº	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL

### EN CASO DE AYUDAS RELACIONADAS CON LOS HIJOS O ADOPTADOS, CAUSANTE DE LA MISMA:

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

### INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	Percibe ingresos SI / NO
				CÓNYUGE (1)		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

(1) O PAREJA DE HECHO. INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL / SMS:  SÍ  NO

### TIPO DE AYUDA DE ACCIÓN SOCIAL QUE SE SOLICITA (marcar con una X)

(se utilizará una instancia para cada solicitud de ayuda):

<input type="checkbox"/> NATALIDAD O ADOPCIÓN	<input type="checkbox"/> ANTICIPO EXTRAORDINARIO REINTEGRABLE Importe: _____ Plazo (meses): _____ Importe máximo: doble de las retribuciones ordinarias mensuales. Plazo mínimo 13 meses y plazo máximo 36 meses. Código iban: ES _____ CAUSA DE LA NECESIDAD (sin perjuicio de la aportación de documentación complementaria): _____ _____ _____	ESTUDIOS UNIVERSITARIOS: <input type="checkbox"/> PERSONAL <input type="checkbox"/> HIJO/A <input type="checkbox"/> PRIMERA MATRÍCULA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO (Sólo en caso de matrícula gratuita por discapacidad)	DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> PERSONAL CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> HIJO/A CON DISCAPACIDAD
	<input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS REGLADOS PERSONAL <input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS REGLADOS HIJOS (ESO, Bachillerato, Ciclos Superiores de Formación Profesional o equivalentes y estudios en Escuelas Oficiales de Idiomas)	<input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS (SOLO PERSONAL) (especializaciones o habilitaciones para el ejercicio de una actividad o profesión, que incluirán los másteres universitarios)	

<input type="checkbox"/> AYUDA EXCEPCIONAL BAJOS INGRESOS PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> ANTICIPO EXTRAORDINARIO REINTEGRABLE PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Importe: _____ Plazo (meses): _____ Importe máximo: 6.000€. Plazo mínimo 13 meses y plazo máximo 86 meses. Código iban: ES _____
--	--

TIPO DE AYUDA	DOCUMENTACIÓN
<b>NATALIDAD O ADOPCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud normalizada.</li> <li>• Partida de nacimiento, fotocopia del libro de familia o cualquier otro documento oficial demostrativo del nacimiento.</li> <li>• En el caso de adopción será válida la resolución administrativa o judicial correspondiente o cualquier otro documento que lo acredite fehacientemente.</li> <li>• Certificado de la empresa del cónyuge o padre/madre indicando el importe concedido por el mismo concepto, o bien, la no concesión de ayuda. En su defecto, declaración jurada o responsable sobre la no obtención de ayuda por parte del cónyuge, estando obligados a declarar cualquiera que se obtenga con posterioridad a la solicitud.</li> <li>• Plazo máximo: <b>60 días naturales desde la fecha del nacimiento o adopción.</b></li> </ul>
<b>ANTICIPO EXTRAORDINARIO REINTEGRABLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud normalizada (exclusivamente personal fijo), en la que deberá motivar suficientemente la necesidad excepcional que concurre (hechos fortuitos e imprevisibles de carácter grave, enfermedad o intervención quirúrgica grave, así como la implantación de prótesis que no queden cubiertas total o parcialmente por el servicio sanitario público, adopción internacional, realización de obras necesarias e imprescindibles para la conservación de la vivienda habitual, etc...) aportando el presupuesto/factura proforma o documento que justifique la previsión o la realización del gasto, según lo previsto en el apartado VI.1.E 2) Requisitos, de la resolución de 12 de junio de 2006, por la que se aprueba el Plan de Acción Social de este ente público (BORM nº 137 de 16-6-2006).</li> <li>• Plazo: <b>hasta el día 31 de diciembre de 2020.</b></li> </ul>
<b>ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DEL PERSONAL Y SUS HIJOS (Y ASIMILADOS) Y HUÉRFANOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solamente se concederán ayudas por primera matrícula (estudios de grado), quedando excluidas de ayuda las matrículas sucesivas, así como los Doctorados, másteres y cursos de postgrado en general.</li> <li>• Solicitud normalizada.</li> <li>• Certificado / informe original acreditativo de la matriculación/justificante informático que acredite la matriculación, con expresión del curso y asignaturas que comprende indicando si es primera matrícula o no, e importe de cada asignatura o del curso completo en su caso.</li> <li>• Documentación original acreditativa de los pagos efectuados o fotocopia compulsada. Se aportarán los justificantes del pago, mediante facturas, documentos bancarios o cualquier otro medio que acredite fehacientemente que se ha producido.</li> <li>• Fotocopia compulsada del resguardo de solicitud de beca y concesión o denegación, en su caso, del Ministerio de Educación y Formación Profesional o de la Universidad correspondiente.</li> <li>• Informe de vida laboral del hijo/causante mayor de 18 años.</li> <li>• Certificado de la empresa del cónyuge indicando el importe concedido por el mismo concepto o la no concesión de ayuda. En caso de que el cónyuge no trabaje o sea autónomo deberá justificar esta situación documental. En caso de separación o divorcio, sentencia correspondiente.</li> <li>• Documento que justifique la tutela, acogimiento o adopción, en su caso.</li> <li>• Estudios Universitarios homologados en Centros Privados: certificado acreditativo de la homologación.</li> <li>• Residencia: Solo procede si no existe/no se ha obtenido plaza por nota de corte en centro docente público para cursar los estudios universitarios, en su término municipal de residencia. Se aportará certificado de admisión en el Colegio Mayor o Residencia, o contrato de arrendamiento, en su caso, y los 3 primeros recibos originales/justificantes bancarios del pago del mismo.</li> <li>• En el caso de optar al Material Didáctico, además de los justificantes que acrediten fehacientemente el gasto realizado, se aportará el documento que justifique que la matrícula gratuita es por la condición de persona con discapacidad.</li> <li>• Plazo: <b>hasta el día 31 de marzo de 2020.</b></li> </ul>
<b>PERSONAL CON DISCAPACIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud normalizada y aportación de la resolución de calificación de la discapacidad igual o mayor al 33% (solo en caso de no haber obtenido la ayuda anteriormente o no estar en vigor la resolución de reconocimiento que aportó con anterioridad, por tanto con carácter general la ayuda se concederá de oficio).</li> <li>• Plazo: <b>hasta el día 31 de marzo de 2020.</b></li> </ul>
<b>HIJO/A CON DISCAPACIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud normalizada.</li> <li>• Resolución de reconocimiento de la calificación del grado de discapacidad (no necesariamente igual o superior al 33%).</li> <li>• Libro de Familia, en su caso, o documento acreditativo de la vinculación en caso de acogimiento, adopción o tutela.</li> <li>• Certificado de empadronamiento donde figure el solicitante y la persona con discapacidad.</li> <li>• Certificación o documento acreditativo de inscripción en centro docente autorizado para Educación Especial, en su caso.</li> <li>• Facturas originales acreditativas o fotocopias compulsadas de todos los gastos que tengan <b>relación directa</b> con la discapacidad física o psíquica del curso escolar <b>19-20</b> (septiembre a junio) que no hayan sido utilizadas para la ayuda – en su caso- del ejercicio 2019. Se incluye enseñanza, transporte y comedor si asiste a un centro de educación especial, así como rehabilitación, fisioterapia, estimulación precoz, etc. siempre que tenga relación directa con la discapacidad. Se aportarán los justificantes del pago, mediante facturas, documentos bancarios o cualquier otro medio que acredite fehacientemente que se ha producido.</li> <li>• Mismo certificado/declaración indicado en el caso de ayuda de natalidad.</li> <li>• Plazo: <b>hasta el día 30 de junio de 2020.</b></li> </ul>
<b>OTROS ESTUDIOS REGLADOS (ESO, Bachillerato, Ciclos Superiores de Formación Profesional o equivalentes y estudios en Escuelas Oficiales de Idiomas).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud normalizada.</li> <li>• Destinatarios: Personal e Hijos y asimilados (tutela, acogimiento, adopción) <b>mayores de 16 años a 1-1-2020, por tanto deberán tener cumplidos al menos 17 años a 31-12-2020.</b></li> <li>• Certificado/informe original acreditativo de la matriculación/justificante informático que acredite la matriculación.</li> <li>• Vida laboral de los hijos mayores de 18 años.</li> <li>• Documento que justifique la tutela, acogimiento o adopción, en su caso.</li> <li>• Certificado de la empresa del cónyuge sobre concesión o no de ayudas por el mismo concepto. En caso de que el cónyuge no trabaje deberá justificarlo documental.</li> <li>• En caso de haberla solicitado, fotocopia compulsada del resguardo de solicitud de beca y concesión o denegación de la entidad correspondiente.</li> <li>• Plazo: <b>hasta el día 31 de marzo de 2020</b></li> </ul>

<b>OTROS ESTUDIOS</b> (estudios, especializaciones o habilitaciones para el ejercicio de una actividad o profesión, que incluirán los másteres universitarios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud normalizada.</li> <li>• Destinatarios: Solo Personal. No están incluidos Hijos y asimilados.</li> <li>• Documento de la entidad autorizada/justificante informático haciendo constar la inscripción o matriculación, estudios que realiza e importe de la mensualidad. Estos estudios deberán estar organizados o al menos contar con la participación de cualquier Administración, Colegios Oficiales o Sociedades Científicas.</li> <li>• Recibos o facturas mensuales originales del establecimiento autorizado, donde deberá constar el nombre de la empresa, C.I.F./N.I.F., número de factura o recibo, la fecha, la persona afectada, los estudios que realiza o resguardos de ingresos bancarios acreditativos de los pagos efectuados.</li> <li>• No se incluyen los gastos de preparación de oposiciones, asistencia a academias o cualquier otro estudio que no responda a un programa autorizado con el correspondiente diploma o certificado de asistencia y/o aprovechamiento.</li> <li>• Plazo: <b>hasta el día 30 de septiembre de 2020.</b></li> </ul>
<b>PRESTACIONES PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud normalizada. (Recomendable contactar con carácter previo a la presentación de la solicitud con la unidad de gestión de las ayudas de acción social para orientación y garantía de la mayor confidencialidad).</li> <li>-<b>Ayuda de carácter excepcional por bajos ingresos:</b> Acreditación documental de insuficiencia de ingresos. Acreditación de ser víctima de violencia de género.</li> <li>-<b>Anticipo extraordinario:</b> Acreditación de ser víctima de violencia de género. Plazo: <b>hasta el día 31 de diciembre de 2020.</b></li> </ul>

#### AUTORIZACIONES

<b>PROTECCIÓN DE DATOS</b>	De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa que sus datos personales serán incorporados a una actividad de tratamiento del que es responsable el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud y los Directores Gerentes de Área, con la finalidad de gestionar las ayudas del Plan de Acción Social de este ente público. La legitimación se basa en el consentimiento del interesado y en el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Podrán ser destinatarios otros órganos de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Los solicitantes de las ayudas podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento, enviando solicitud por escrito al responsable del tratamiento. Existe la posibilidad de consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web: <a href="http://www.murciasalud.es/proteccion_datos">www.murciasalud.es/proteccion_datos</a>
<b>DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN SOBRE NOTIFICACIONES</b>	Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo yo y/o mi cónyuge otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad (en caso de haberla obtenido he aportado justificante de ser inferior a la establecida, a efectos de la posible compatibilidad), comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo al Servicio Murciano de Salud en el plazo máximo de diez días desde su concesión, autorizando para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social/la Agencia Tributaria/Organismo público competente. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica indicada en esta solicitud o en su defecto a la que conste en el Servicio Murciano de Salud. De la misma forma admito ser notificado/a en la dirección del centro de trabajo habitual.
<b>CONSULTA DE DATOS. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAS</b>	De conformidad con la Disposición final duodécima de Modificación de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas “Los interesados tienen derecho a no aportar documentos que ya se encuentren en poder de la Administración actuante o hayan sido elaborados por cualquier otra Administración. La administración actuante podrá consultar o recabar dichos documentos salvo que el interesado se opusiera a ello.” En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento, marque la siguiente casilla: <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO TRATAMIENTO (Puede implicar la denegación de la ayuda si la Administración precisa los datos para resolver).
<b>CONSENTIMIENTO DE MENORES DE EDAD, MAYORES DE 14 AÑOS</b>	El artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE nº 294, de 6 de diciembre de 2018), en su apartado 1 establece que “El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de 14 años. (firma requerida*) Se exceptúan los supuestos en que la ley exija la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento.”
<b>AUTORIZACIÓN RESPECTO AL TRATAMIENTO DE DATOS DE MENORES DE 14 AÑOS</b>	El artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE nº 294, de 6 de diciembre de 2018), en su apartado 2 establece que “El tratamiento de los datos de los menores de 14 años, fundado en el consentimiento, solo será lícito si consta el del titular de la patria potestad o tutela con el alcance que determinen los titulares de la patria potestad o tutela.”. Salvo que se marque alguna de las siguientes casillas, el/la solicitante declara ser el titular (o uno de los titulares) y autoriza el tratamiento a los exclusivos efectos de la tramitación y resolución de la ayuda de acción social solicitada. <input type="checkbox"/> EL/LA SOLICITANTE NO ES TITULAR. OBSERVACIONES: _____ <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO TRATAMIENTO (Puede implicar la denegación de la ayuda si la Administración precisa los datos para resolver)

, a de de 2020.

Fdo. \_\_\_\_\_ . Fdo. \_\_\_\_\_ . Fdo. \_\_\_\_\_ . Fdo. \_\_\_\_\_

\*En el margen superior, firma de los menores de edad, mayores de 14 años (identificar nombre y apellidos) a la fecha de la solicitud, que consienten el tratamiento de sus datos personales a los solos efectos de la tramitación y resolución de la ayuda de acción social solicitada (artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2018).

El/la solicitante

Fdo. \_\_\_\_\_

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD  
A/A DR. GERENTE DEL ÁREA \_\_\_\_\_