Anexo 2 : FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDAS

DATOS DEL SOLICITANTE / SOCIO NUMERARIO			
APELLIDOS		NOMBRE	
DIRECCIÓN		LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA	
E-MAIL			
TELÉFONOS			
DNI/NIE		FECHA DE NACIMIENTO	
DATOS DEL BENEFICIACRIO CON DISCAPACIDAD			
APELLIDOS		NOMBRE	
DIRECCIÓN		LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA	
E-MAIL			
TELÉFONOS			
DNI/NIE		FECHA DE NACIMIENTO	

AYUDAS QUE SE SOLICITAN (marcar con un X)
☐ Atención terapéutica
☐ Sanitarias
☐ Ocio y tiempo libre.
☐ Ayudas de Conciliación y Respiro familiar.
☐ Urgente necesidad.

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR						
	Miembro 1	**Miembro 2**	**Miembro 3**	**Miembro 4**	**Miembro 5**	**Miembro 6**
Nombre						
Apellido 1						
Apellido 2						
Fecha de nacimiento						
Ingresos anuales brutos						

DATOS BANCARIOS
ES-_ _ / _____

DECLARACIÓN RESPONSABLE

De conformidad con lo dispuesto en la convocatoria de ayudas de AMIFP para el ejercicio correspondiente al año 2024,

DECLARO RESPONSABLEMENTE:

- Que los datos consignados en la presente solicitud y documentación complementaria, son ciertos.
- No superar el 100 % del gasto realizado, en caso de haber percibido cualquier otra ayuda tanto pública como privada, para la misma finalidad.

PROTECCIÓN DE DATOS:

De conformidad con la L.O.P.D. de carácter personal, así como con el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, aplicable en todos los países de la Unión Europea, te informamos que tus datos personales serán incorporados a un fichero de titularidad de AMIFP (Asociación a favor de personas con discapacidad de la Policía Nacional), que a su vez es el responsable del tratamiento de este fichero.
La finalidad del tratamiento de tus datos personales se constituye en:

Tramitar la documentación recibida, permitir el ejercicio de derechos y obligaciones previstos en los estatutos de la Asociación (AMIFP).
Para más información sobre nuestra Política de Privacidad puede consultarla en www.amifp.org
Derechos del interesado en relación a la protección de sus datos personales:
Podrá ejercitar su derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerse, frente al responsable del Fichero en la dirección siguiente: C/ Julian Gonzalez Segador Nº2, 28043 Madrid. – dpo@amifp.org

Lo que firmo en _____ a __ de _____ de 2024

Fdo:

DOCUMENTACIÓN A APORTAR Y ADJUNTAR JUNTO CON LA SOLICITUD DE AYUDA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- ❒ **Solicitud (debidamente cumplimentada y firmada).**
- ❒ **DNI del Socio Numerario**
- ❒ **DNI de la persona con discapacidad beneficiaria**
- ❒ **Libro de Familia.**
- ❒ **Certificado de empadronamiento actualizado.**
- ❒ **Documentación relativa a separación o divorcio y convenio regulador.**

DATOS RELATIVOS A LA AUTONOMIA

- ❒ **Copia del certificado de discapacidad.**
- ❒ **Copia del grado y nivel de Dependencia.**
- ❒ **Copia de informes profesionales que situaciones de necesidad o riesgo social a tener en cuenta.**

DATOS ECONOMICOS-LABORALES

*Documentación general **obligatoria para todos** los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años:*

- ❒ **Certificado del IRPF del último ejercicio fiscal. En su defecto certificado negativo de no presentación de IRPF.**

Documentación relativa a desempleados:

- ❒ **Certificado de prestaciones del SEPE (Servicio Público de Empleo Estatal).**
- ❒ **Fotocopia de la tarjeta de demanda de empleo del SEPE.**

Documentación relativa a pensionistas (prestación por hijo a cargo, viudedad, orfandad, pensión no contributiva, Incapacidades…):

- ❒ **Certificado de pensión.**

Documentación relativa a perceptores de renta mínima:

- ❒ **Fotocopia del documento justificativo de los ingresos en concepto de la renta mínima de inserción.**

DATOS RELATIVOS A LA JUSTIFICACIÓN DE LA AYUDA

- ❒ **Copia de las Facturas a nombre de la persona con discapacidad beneficiaria**