

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDAS

| DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE / SOCIO/A NUMERARIO/A | | | |
|---|--|---|--|
| APELLIDOS | | NOMBRE | |
| DIRECCIÓN | | LOCALIDAD | |
| CÓDIGO POSTAL | | PROVINCIA | |
| DNI | | | |
| TELÉFONOS | | E-MAIL | |
| DATOS DEL BENEFICIARIO/A CON DISCAPACIDAD | | | |
| APELLIDOS | | NOMBRE | |
| DIRECCIÓN | | LOCALIDAD | |
| CÓDIGO POSTAL | | PROVINCIA | |
| DNI/NIE | | | |
| TELÉFONOS | | E-MAIL | |
| AYUDAS QUE SE SOLICITAN (marcar con un X) | | | |
| <input type="checkbox"/> Atención terapéutica <input type="checkbox"/> Técnicas y Sanitarias <input type="checkbox"/> Ocio y tiempo libre | | <input type="checkbox"/> Asesoramiento jurídico <input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Situaciones excepcionales | |
| DATOS BANCARIOS (El/la titular de la cuenta ha de ser la persona con discapacidad) | | | |
| ES-__ / _____ | | | |

DECLARACIÓN RESPONSABLE

De conformidad con lo dispuesto en la convocatoria de ayudas de AMIFP para el ejercicio correspondiente al año 2025,

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 puedes 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 González Segador N°2, 28043 Madrid. – dpo@amifp.org

Lo que firmo en _____ a __ de _____ de 2026

Fdo.:

DOCUMENTACIÓN A APORTAR Y ADJUNTAR JUNTO CON LA SOLICITUD DE AYUDA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

DATOS RELATIVOS A LA AUTONOMÍA

- 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 RELATIVOS A LA JUSTIFICACIÓN DE LA AYUDA

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