SH93

030628

|  |
| --- |
| **ANEXO II. SOLICITUD DE PLAZA EN PROGRAMA DE TERMALISMO DE CASTILLA-LA MANCHA 2022**Nº ProcedimientoCódigo SIACI |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
|  |
| [ ]  | NIF | [ ]  | NIE | Nº de documento |  |  |
|  |
| Nombre |       | 1º Apellido  |       | 2º Apellido |       |   |
|  |
| Domicilio  |       |  Número |    | Letra |   |  Escalera |   |  Planta  |   |  Puerta |   |  |
|  |
| Provincia |       |  | C.P. |       |  | Población |       |  |
|  |
| Teléfono |       |  | T. móvil |       |  | Correo @ |       |  |
|  |  |
| Fecha de nacimiento |       | Hombre [ ]  Mujer [ ]  | Estado civil |       |  |
|   |
| Es perceptor de **PENSIÓN**: | SI [ ]  | NO [ ]  | Nacionalidad: |       |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE** |
|  |  |  |  |
| [ ]  | NIF | [ ]  | NIE |  | Nº de documento |  |  |  |
|  |
| Nombre |  | 1º Apellido |  | 2º Apellido |  |  |
|  |
| Fecha de nacimiento |       | Hombre [ ]  Mujer [ ]  | Estado civil |       |  |
|  |
| Parentesco con solicitante |  | Nacionalidad |  |  |
|  |
| **DATOS DEL HIJO/A CON GRADO DE DISCAPACIDAD ACOMPAÑANTE** |
|  |
| [ ]  | NIF | [ ]  | NIE | Nº de documento |  |  |
|  |
| Nombre |  | 1º Apellido |  | 2º Apellido |  |  |
|  |
| Fecha de nacimiento |       | Hombre [ ]  Mujer [ ]  | Estado civil |       |  |
|  |
| Grado de discapacidad |  | Nacionalidad |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| NIF[ ]  NIE[ ]  Número de documento | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
|  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
|  Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
|  Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |
| Horario preferente para recibir llamadas: |       |  |
|  |  |  |
| Relación con el solicitante |  |  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado.** |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| [ ]  Correo postal  *(Podrán elegir esta opción quienes no estén obligados a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015).*[ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Mayores. |
| **Finalidad** | Gestión y tramitación de subvenciones y ayudas destinadas a programas vinculados al envejecimiento activo. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. Datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y las bases reguladoras contenidas en la Orden 44 /2017, de 15 de marzo. |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/info/1093> |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |  |
| **BALNEARIOS Y TURNOS SOLICITADOS, POR MESES:** Marque por **Orden de preferencia (1º, 2º y 3º) hasta 3 Balnearios y el/los turno/s** que desea solicitar para participar en las adjudicaciones que se llevarán a cabo de forma sucesiva. |  |
|  | 1er. TURNO | 2º TURNO | Precio que abona el participante |
| Balneario | Marzo-Abril-Mayo - Junio | Julio-Agosto-Septiembre Octubre-Noviembre-Diciembre |
| BENITO |    |    | 200,85 € |
| CERVANTES |    |    | 200,85 € |
| LA CONCEPCION |    |    | 200,85 € |
| CARLOS III |    |    | 200,85 € |
| LA ESPERANZA |    |    | 169,95 € |
| TUS |    |    | 169,95 € |
| FUENCALIENTE |    |    | 134,93 € |
| LAS PALMERAS |    |    | 134,93 € |
| EL ROBLEDILLO |    |    | 134,93 € |
| **NÚMERO DE PLAZAS:**  |
| [ ]  Una plaza (solo para solicitante) |
| [ ]  Dos plazas (para solicitante y cónyuge, o análoga relación de convivencia; o bien para solicitante e hijo/a con discapacidad) |
| [ ]  Tres plazas (para solicitante y cónyuge, o análoga relación de convivencia, e hijo/a con discapacidad) |
|  |
|  | * Ingresos anuales brutos del solicitante, en euros
 |       |  |  |
|  | * Ingresos anuales brutos del acompañante, en su caso, en euros
 |       |  |  |
|  | * Ingresos anuales brutos del hijo/a con discapacidad mayor de 33%, en euros
 |       |  |
|  |  |
| **UNIÓN DE SOLICITUDES**: Si desea unir su solicitud a la de otra persona, ambas solicitudes deben incluir los mismos Balnearios y turnos en el mismo orden. |
| **DATOS DE LA PERSONA CON LA QUE QUIERE UNIR SU SOLICITUD:** |
| [ ]  | NIF | [ ]  | NIE | Nº de documento |  |  |
|  |
| Nombre |  | 1º Apellido |       | 2º Apellido |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:** |
| La persona **SOLICITANTE**, firmante de la solicitud, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: **☐** SI **☐** NO estoy empadronado/a en Castilla-La Mancha.**☐** SI **☐** NO me valgo por mí mismo/a para las actividades de la vida diaria.**☐** NO **☐** SI presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos.**☐** NO **☐** SI padezco enfermedad infecto contagiosa.**☐** Carezco de contraindicaciones para la recepción de tratamientos termales.**☐** Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente. |
| * Está empadronado/a en Castilla-La Mancha.
* Está al corriente de sus obligaciones tributarias, con la Seguridad Social, y por reintegro de subvenciones.
* Cumple las prescripciones impuestas por el artículo 13 de la Ley General de Subvenciones
* Cumple las prescripciones sobre compatibilidad de la Ley 11/2003, del Gobierno y del Consejo Consultivo.
* Se vale por mí mismo/a para las actividades de la vida diaria.
* NO Presenta alteraciones del comportamiento que impidan la convivencia en los establecimientos.
* NO Padece enfermedad infecto-contagiosa.
* NO Presenta contraindicaciones para la recepción de tratamientos termales.

[ ] Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente. |
| La persona **ACOMPAÑANTE**, también firmante de la solicitud, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: * Está empadronado/a en Castilla-La Mancha.
* Está al corriente de sus obligaciones tributarias, con la Seguridad Social, y por reintegro de subvenciones.
* Cumple las prescripciones impuestas por el artículo 13 de la Ley General de Subvenciones
* Cumple las prescripciones sobre compatibilidad de la Ley 11/2003, del Gobierno y del Consejo Consultivo.
* Se vale por mí mismo/a para las actividades de la vida diaria.
* NO Presenta alteraciones del comportamiento que impidan la convivencia en los establecimientos.
* NO Padece enfermedad infecto-contagiosa.
* NO Presenta contraindicaciones para la recepción de tratamientos termales.

[ ] Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente. |
| En el supuesto de **HIJO/A CON DISCAPACIDAD ACOMPAÑANTE**, también firmante de la solicitud en caso de no incapacidad, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: * Está empadronado/a en Castilla-La Mancha.
* Está al corriente de sus obligaciones tributarias, con la Seguridad Social, y por reintegro de subvenciones.
* Cumple las prescripciones impuestas por el artículo 13 de la Ley General de Subvenciones
* Cumple las prescripciones sobre compatibilidad de la Ley 11/2003, del Gobierno y del Consejo Consultivo.
* Se vale por mí mismo/a para las actividades de la vida diaria.
* NO Presenta alteraciones del comportamiento que impidan la convivencia en los establecimientos.
* NO Padece enfermedad infecto-contagiosa.
* NO Presenta contraindicaciones para la recepción de tratamientos termales.

[ ] Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente.**Autorizaciones:**Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier otra Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente: [ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad.[ ]  Me opongo a la consulta de datos de residencia.[ ]  Me opongo a la consulta de datos de estar al corriente de pago y dado de alta a fecha concreta en la Tesorería General de la Seguridad Social.[ ]  Me opongo a la consulta de datos de estar al corriente de reintegro de subvenciones con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha[ ]  Me opongo a la consulta de datos catastrales.En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deberá aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.[ ]  **AUTORIZO** a la consulta de datos tributarios.La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la subvención objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. |

En      a     de       de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EL SOLICITANTE** | **CÓNYUGE O ASIMILADO** | **HIJO/A CON DISCAPACIDAD** |

Organismo destinatario: DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES Código DIR3: A08027218

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma (DNI electrónico o certificado válido):      | Firma (DNI electrónico o certificado válido):      | Firma (DNI electrónico o certificado válido):      |