

## SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero

(Lea atentamente este impreso antes de cumplimentar los datos)

### I. PRESTACIONES QUE SOLICITA

Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica: .....

Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte: .....

### II. DATOS DEL INTERESADO

#### 1. Datos personales

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE			Núm. D.N.I./N.I.F.	
FECHA NACIMIENTO		SEXO		NACIONALIDAD/ES			ESTADO CIVIL	
Día	Mes	Año	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>				
DOMICILIO (Calle / Plaza)			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD			PROVINCIA			TELÉFONO		
¿TIENE SEGURIDAD SOCIAL?			Titular <input type="checkbox"/>		Núm. AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Beneficiario <input type="checkbox"/>					

#### 2. Datos de la minusvalía o enfermedad crónica

La minusvalía o enfermedad crónica que alega es:    Física     Psíquica     Sensorial

¿Ha sido reconocido o calificado como minusválido?                    Sí     No

Si la respuesta ha sido afirmativa indique provincia: \_\_\_\_\_ y año \_\_\_\_\_



### III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				Núm. D.N.I./N.I.F.	
DOMICILIO (Calle / Plaza)		Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA				TELÉFONO		
RELACIÓN CON EL INTERESADO		REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>			

### IV. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DEL SUBSIDIO

BANCO O CAJA DE AHORROS		AGENCIA N.º	
DOMICILIO (Calle / Plaza)			N.º
LOCALIDAD	PROVINCIA (1)		
CÓDIGO CUENTA CLIENTE N.º			
TITULAR DE LA CUENTA (2)			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (N.I.F.)			

(1) Necesariamente en la provincia en que resida el beneficiario.

(2) Deberá ser necesariamente el perceptor del subsidio.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto de Mayores y Servicios Sociales cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo.: .....

El IMSERSO le informa que los datos facilitados serán tratados informáticamente, teniendo Vd. el derecho a su acceso, rectificación y cancelación de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

#### **DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD**

1. Fotocopia compulsada del DNI del solicitante, (o en su defecto y provisionalmente Certificado de Nacimiento).
2. Fotocopia compulsada del Libro de Familia (en su caso).
3. Fotocopia compulsada del DNI del representante y acreditación de su representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta del posible beneficiario.

NOTA. Las compulsas podrán efectuarse al presentar la solicitud, acompañando los originales de los documentos.