Nº expediente: Fecha solicitud:

**FICHA DE SOLICITUD DE AYUDA**

**DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LA AYUDA:**

**NOMBRE: APELLIDOS:**

**LUGAR y FECHA DE NACIMIENTO:**

**DIAGNÓSTICO/PATOLOGÍA:**

**GRADO DE DISCAPACIDAD:**

**TRATAMIENTO(S) QUE RECIBE Y CENTRO(S) DONDE LO(S) RECIBE:**

**IMPORTE MENSUAL DE SUS TRATAMIENTOS:**

**PLAZA CONCERTADA: SI NO**

**ESCOLARIZADO: SI NO COLEGIO:**

**Nº DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR, EN EL CASO DE QUE ALGUNO TUVIERA ALGUNA PATOLOGÍA O DISCAPACIDAD:**

**DATOS DE LOS FAMILIARES O TUTORES:**

Dirección: Localidad:

Provincia: CP:

**PADRE:**

Nombre:

Apellidos:

NIF/NIE/nº pasaporte:

Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Profesión: Empresa:

E-mail:

Ingresos brutos anuales:

(En el caso de concederse la ayuda se solicitara una copia de la última declaración de IRPF)

**MADRE:**

Nombre:

Apellidos:

NIF/NIE/Nº pasaporte:

Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Profesión: Empresa:

E-mail:

Ingresos brutos anuales:

(En el caso de concederse la ayuda se solicitara una copia de la última declaración de IRPF)

**TIPO DE AYUDA QUE SOLICITA:**

\_ Tratamiento (especificar): Coste:

\_ Ortopedia (especificar): Coste:

\_ Otra (especificar): Coste:

**INFORMACION ADICIONAL QUE CONSIDERE DE INTERES:**

**Documentación a adjuntar:**

* Certificado de minusvalía
* Fotocopia del informe médico del menor
* Fotocopia del libro de familia
* Copia de última declaración de la renta o ultimas 3 nóminas de los progenitores

Cualquier cambio, modificación en el tratamiento o Centro, deberá ser comunicado a Fundación Adifun. La no asistencia al tratamiento de manera reiterada e injustificada será motivo de suspensión inmediata de la ayuda.

La familia solicitante colaborara con los fines sociales de la asociación en la medida de sus posibilidades, haciéndose socio anual de la FUNDACION ADIFUN.

En el caso de ayudas técnicas para ortopedias, se informa al solicitante que dicha ayuda técnica, desde el momento de su adquisición será propiedad de FUNDACION ADIFUN. Por lo que se cederá el uso de la ortopedia al solicitante, por el periodo de tiempo que sea necesario para el menor. Una vez utilizada el solicitante se compromete a devolverla a Fundación Adifun en perfecto estado de conservación para su reutilización (en caso de que fuera posible).

El solicitante declara que la información reseñada es verídica y podrá presentar documentos para contrastarla a solicitud del Patronato de la Fundación.

El solicitante autoriza a Fundación Adifun, a reenviar la información contenida en esta solicitud a terceros, con el fin de obtener fondos para la consecución de la beca.

**Firma y DNI solicitante:**

**FECHA:**

**NOMBRE:**

**INFORMACION LEY PROTECCION DATOS**

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679 de 27 de Abril, Ud. autoriza que sus datos de carácter personal pasen a formar parte de un fichero de datos, titularidad de FUNDACION ADIFUN y que sean tratados por ésta con la finalidad de prestar el servicio de los fines constitucionales de la Fundación, la gestión administrativa de esta Fundacion y la comunicación con Ud., por cualquier medio, incluido electrónico y mensajes telefónicos SMS.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose a, Pasaje de la radio nº 2 Alcobendas, provincia de Madrid, C.P. 28100.

\_\_\_SI Acepto recibir información de este Centro, de sus actividades y promociones

\_\_\_NO Acepto recibir información de este Centro, de sus actividades y promociones

FDO.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*.*