

**PROCEDIMENTO: SOLICITUDE DE AXUDAS Á MOBILIDADE PARA PERSOAS CON DIVERSIDADE FUNCIONAL E/OU CON DEPENDENCIA ACREDITADA PARA O ANO 2022**

**A. DATOS DA PERSOA DESTINATARIA**

|                  |                 |                   |  |
|------------------|-----------------|-------------------|--|
| PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NOME              | DATA NACEMENTO                         |
| DNI/NIE          | TELÉFONO        | GR. DISCAPACIDADE | GR. DEPENDENCIA                        |
| DOMICILIO        |                 | PARROQUIA         | ALUGUER/HIPOTECA DA VIVENDA. CUSTO/MES |

**B. DATOS DA PERSOA REPRESENTANTE** (deberá acreditarse por calquera medio válido en dereito)

|                  |                 |      |     |
|------------------|-----------------|------|-----|
| PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NOME | DNI |
|------------------|-----------------|------|-----|

**C. ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACION PREFERENTE (MARCAR CON X)**

|  |   |
|--|---|
|  | <p><b>POSTAL</b> (Sempre que os medios o permitan, as notificacións que se efectúen en papel estarán a disposición da interesada na Sede electrónica do Concello, para que acceda ao seu contido voluntariamente; Enviaranse avisos de posta a disposición no correo electrónico e/ ou telefono móbil que facilite a continuación:</p> <p align="center">--</p> |
|  | <p><b>ELECTRONICO</b>, (Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico asociado ao NIF da persoa interesada e no sistema que asigne o Concello; De non ser posible, utilizarase o medio mais factible)</p>  |

**D. ENDEREZO PARA EFECTOS DE NOTIFICACION POSTAL** (só se é distinto dos indicados)

|             |           |           |
|-------------|-----------|-----------|
| DOMICILIO   |           |           |
| COD. POSTAL | MUNICIPIO | PROVINCIA |

**D. DESTINO A SUBVENCIONAR**

|   |    |
|---|----|
| <b>MOTIVO:</b><br>(por exemplo: acudir a cita médica, acudir a centro ocupacional...) | 1. |
|   | 2. |
|   | 3. |
|   | 4. |
|   | 5. |
| <b>DESTINO:</b><br>(Nome do Centro e enderezo)  | 1. |
|   | 2. |
|   | 3. |
|   | 4. |
|   | 5. |
| <b>PERIODICIDADE:</b><br>(Días da semana e horario de entrada e saída)                | 1. |
|   | 2. |
|   | 3. |
|   | 4. |
|   | 5. |

### E. COMPROBACIÓN DE DATOS DA SOLICITANTE

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta electrónica ás administracións públicas. No caso de que a interesada SE OPOÑA a esta consulta, deberá indicalo no cadro correspondente e achegar o documento:

| DOCUMENTO   | OPÓNOME A CONSULTA |
|---|--------------------|
| Padrón de convivencia e antigüidade no Concello de Arteixo  |                    |
| Padrón municipal de vehículos   |                    |
| Certificado de imputacións do último exercicio dispoñible na data da solicitude   |                    |
| Certificado de débedas co Concello de Arteixo, coa Deputación provincial da Coruña, con Facenda, e coa Seguridade social. |                    |
| De ter acceso, informe de pensionista con importes actuais da Tesouraría da Seguridade social.                            |                    |
| De ter acceso, informe de vida laboral dos últimos doce (12) meses da Tesouraría da Seguridade social                     |                    |

### F. DOCUMENTACION QUE SE PRESENTA OU SE DECLARA QUE ESTÁ EN PODER DA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE

| ANEXO I DESTA SOLICITUDE. Declaración Responsable  |                |     |
|--|----------------|-----|
| ANEXO II DESTA SOLICITUDE. Comprobación de datos de terceiras persoas  |                |     |
| DOCUMENTO  | PRESEN-TADO A: | ANO |
| DNI ou NIE en vigor da persoa solicitante ou representante.  |                |     |
| Título de representación de ser o caso, ou calquera tipo de medio válido en dereito  |                |     |
| Certificado oficial de discapacidade (diversidade funcional) e/ou dependencia en vigor.  |                |     |
| Certificado que acredite mobilidade reducida, ou ter dificultades no uso diario de transporte público colectivo, en aplicación do disposto do Real 1056/2014, do 12 de decembro.   |                |     |
| <b>Se algunha das persoas computables, non esta obrigada a presentar a declaración do IRPF, ou no caso de precisar verificación por parte do Concello, requirise:</b>  |                |     |
| Certificado emitido polos organismos correspondentes indicando a contía mensual na data da solicitude de pensións, prestacións, subsidios ou similares calquera que sexa a súa orixe ou natureza (plan de pensión, seguros privados, pensión do estranxeiro, etc.) <b>ou extracto bancario dos últimos doce (12) meses que así o acredite.</b> |                |     |
| Cando se atopen activas, nóminas dos últimos doce (12) meses <b>ou extracto bancario dos últimos doce (12) meses que así o acredite.</b>   |                |     |
| No caso de atoparse en idade laboral, inactivas e sen prestación, certificado de vida laboral na data da solicitude.   |                |     |
| De ser o caso, recibo do último pago de alugueiro ou da hipoteca.  |                |     |

D<sup>a</sup>./D. ...., como (solicitante ou representante legal)

#### DECLARA:

Que todos e cada un dos datos consignados na presente solicitude son certos e comprobables documentalmente, quedando informada de que o ocultar ou falsear estes dará lugar á esixencia das responsabilidades que diso puideran derivar, así como da obriga de comunicarlle ao CONCELLO DE ARTEIXO, calquera variación dos datos declarados ou acreditados que puideran producirse no sucesivo.

Arteixo, ..... de ..... de 20....

Asdo.: .....

De acordo co establecido pola normativa vixente en materia de protección de datos, informámoslle de que o Responsable de Tratamento dos seus datos persoas é o CONCELLO DE ARTEIXO, con dirección PRAZA ALCALDE RAMON DOPICO, Nº 1 -15142 ARTEIXO (A CORUÑA). 1. FINALIDADE: Os datos serán utilizados para prestarlle a subvención solicitada na presente instancia. **O feito de que non facilite parte da información solicitada poderá supoñer a imposibilidade de prestarlle a subvención.** PRAZO DE CONSERVACION: Os datos facilitados conservaranse durante o tempo necesario para poder atender a súa solicitude, así como para dar cumprimento legal ás xestións administrativas derivadas da subvención. 2. LEXITIMACION: Este tratamento de datos persoais esta lexitimado polo consentimento que nos outorga ao realizar a solicitude da subvención. 3. DESTINATARIOS DE CESIÓN: O CONCELLO DE ARTEIXO non cederá os seus datos de carácter persoal fóra do marco xurídico desta Convocatoria. 4. DEREITOS: Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como opoñerse ou retirar o consentimento en calquera momento e solicitar a portabilidade dos mesmos. O CONCELLO DE ARTEIXO dispón de formularios específicos para facilitarlle o exercicio dos seus dereitos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañados do seu DNI ou NIE para acreditar a súa identidade.

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DO CONCELLO DE ARTEIXO

## ANEXO I

### DECLARACIÓN RESPONSABLE DA PERSOA DESTINATARIA DA AXUDA DE APOIO Á MOBILIDADE PARA PERSOAS CON DIVERSIDADE FUNCIONAL E/OU DEPENDENCIA

Dona./D. .... con DNI/NIE .....

Ou de ser o caso, en representación de:

Dona./D. .... con DN/NIE .....

**Ademais dos requisitos recollidos na Ordenanza Fiscal núm. 26 para ser destinataria das subvencións do Concello de Arteixo, DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE (Márquese cun X a opción que corresponda):**

- Ter e manter residencia efectiva no termino municipal de Arteixo durante o tempo que perciba a Axuda:

**SI    NON**

- No caso de que ser maior de 18 anos ou asimilado, ser titular de vehículo propio:

**SI    NON**

- Existir máis dun (1) vehículo na unidade de convivencia para a condución, nos termos reflectidos na Base cuarta que as regula (*No caso de resposta afirmativa, poderán solicitar esta axuda só para aqueles períodos, nos que, por causas sobrevidas debidamente xustificadas, non poidan utilízalos*):

**SI    NON**

- No caso de estar activa, ter recoñecido este beneficio por convenio colectivo, contrato laboral ou calquera outro título:

**SI    NON**

- Ter recoñecido este beneficio ou servizo de modo subvencionado, ou ser susceptible de telo, na totalidade do traxecto, a través de calquera outro organismo público ou privado (***Non se atenderá a solicitude ata posuír a Resolución negativa destes servizos***):

**SI    NON**

- Acepto as actuacións de comprobación que acorde o Departamento de Servizos sociais comunitarios, e de ser requirido, presentar a documentación que acredite as circunstancias asinadas nesta Declaración responsable:

**SI    NON**

- Declaro as axudas obtidas para a mesma finalidade e o seu importe:

**SI    NON**

- Estar ao día no pagamento das obrigas por reintegro de subvencións, así como co resto das obrigas tributarias estatais, autonómicas, locais e ca Seguridade social:

**SI    NON**

- Declaro de que todos os datos da miña solicitude son correctos:

**SI    NON**

- **Comprométome** a comunicar calquera variación das circunstancias tidas en conta na valoración da miña solicitude, non mais tarde dos 10 días naturais:

**SI    NON**

Arteixo, ..... de ..... de 20....

Asdo.: .....

**ANEXO II**

**COMPROBACION DE DATOS DE TODAS AS PERSOAS COMPUTABLES DISTINTAS DA DESTINATARIA DA AXUDA**

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta electrónica ás administracións públicas. No caso de que as interesadas se opoñan a esta consulta deberán indicalo no cadro correspondente e achegar o documento.

As interesadas, mediante a súa sinatura, aceptan a incorporación dos seus datos ao expediente de tramitación. No caso de terceiras persoas interesadas menores de idade, o presente documento deberá ser asinado por un dos seus proxenitores e/ou representante legal.

| NOME E APELIDOS | DNI | INGRESOS/MES. | OPOÑOME Á CONSULTA PADRON HABITANTE | OPOÑOME Á CONSULTA PADRON VEHICULOS E DÉBEDAS DO CONCELLO | OPOÑOME Á CONSULTA DE IMPUTACION DE RENDA DA AEAT | OPOÑOME Á CONSULTA DE DEBEDAS DO INSS | DE TER ACCESO, OPOÑOME Á CONSULTA DE INGRESOS DO INSS | DE TER ACCESO, OPOÑOME Á CONSULTA DE VIDA LABORAL DA TGSS | SINATURA |
|-----------------|-----|---------------|-------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|----------|
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |
|                 |     |               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                  |          |