



# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

asuntossociales@ichh.net  
Telef: 917 014 902

Por fallecimiento  Por incapacidad permanente

## DATOS DEL BENEFICIARIO

DNI:	NOMBRE Y APELLIDOS:		
FECHA DE NACIMIENTO:	DOMICILIO	COD. POSTAL:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	TELÉFONO	MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO:	CALIFICACION DE DISCAPACIDAD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> % <input type="text"/>		TIPO DE DISCAPACIDAD:
CALIFICACION DE MINUSVALÍA <input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> TEMPORAL	FECHA RENOVACIÓN <input type="text"/>	VALORACIÓN GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA:	INCAPACITADO JUDICIALMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA: <input type="text"/>
INGRESADO EN CENTRO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESPECIFICAR CUAL:		AUTORIZO A RECIBIR INFORMACIÓN DEL CHH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ESTUDIOS QUE REALIZA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESPECIFICAR CUAL:		TRABAJA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

## DATOS DEL SOCIO CAUSANTE

DNI:	NOMBRE Y APELLIDOS:		
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE INCAPACIDAD PERMANENTE:	FECHA DE FALLECIMIENTO:	

## DATOS DEL REPRESENTANTE

DNI:	NOMBRE Y APELLIDOS:		
FECHA DE NACIMIENTO:	DOMICILIO	COD. POSTAL:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	TELÉFONO	MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO:			
RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> OTROS:	AUTORIZO A RECIBIR INFORMACIÓN DEL CHH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
ESPECIFICAR:			

## DATOS DEL AUTORIZADO A RECIBIR INFORMACIÓN DEL CHH

DNI:	NOMBRE Y APELLIDOS:		
TELEF. PARTICULAR:	TELEF. MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCION:			

## DATOS BANCARIOS

TITULAR DE LA CUENTA	Codigo IBAN: ES _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _
----------------------	--

Fecha solicitud

REGISTRO DE ENTRADA

Firma del beneficiario mayor de 16 años y del representante



## NO OLVIDE ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

### Para todos los casos:

- DNI del beneficiario.
- DNI del representante, sí existiera
- DNI del autorizado, sí existiera
- Partida Literal de Nacimiento del beneficiario.
- Fotocopia Libro de Familia.
- Certificado de empadronamiento del beneficiario.
- Certificado de vida laboral del beneficiario mayor de 18 años.
- Última declaración de la Renta del Beneficiario o, en su defecto, certificado negativo de la Agencia Tributaria.
- Certificado o fotocopia datos bancarios, en los que figure el beneficiario como titular, si fuera mayor de edad, o en su defecto del representante.
- Fotocopia de la tarjeta de MUFACE o Seguridad Social de cada beneficiario.
- Certificado de Escolaridad del beneficiario (en caso de estudios universitarios matrícula del curso y justificante del pago de la misma).
- Certificado que acredite el ingreso en un Centro
- Sí existiera:
  - Fotocopia del certificado del grado de minusvalía completo, vigente y actualizado del beneficiario.
  - Fotocopia del Certificado del reconocimiento de la dependencia del beneficiario.
  - Fotocopia de la sentencia de incapacitación del beneficiario
  - Fotocopia del nombramiento del tutor actual.

### En los casos de incorporación por fallecimiento del socio:

- Partida de defunción del causante.

### En los casos de incapacidad permanente:

- Informes médicos que determinen el inicio y la evolución de la enfermedad, que le han provocado la incapacidad permanente.
- Resolución de declaración de incapacidad del INSS o del organismo competente.
- Resolución del acuerdo de jubilación o reconocimiento de la pensión.

### ***La firma de este impreso supone la aceptación de la normativa interna del Colegio de Huérfanos de Hacienda.***

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: COLEGIO DE HUÉRFANOS DE HACIENDA, C/ LOPEZ DE HOYOS, 155 2º 1 , CP 28002, Madrid (Madrid). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)).