



PLAN DE AYUDAS A PERSONAS DE 30 AÑOS O MÁS CON DISCAPACIDAD MENOR AL 65%

Por fallecimiento Por incapacidad permanente

Nueva incorporación Renovación

asuntossociales@ichh.net
Telef: 917 014 902

DATOS DEL PERCEPTOR DEL PLAN

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:			TRABAJA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

DATOS DEL SOCIO CAUSANTE

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

DATOS DEL REPRESENTANTE (SI NO ES EL SOLICITANTE)

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 representante y del perceptor del plan mayor de 18 años



NO OLVIDE ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR:

1.- Para nuevas incorporaciones:

- DNI del perceptor del Plan. (fotocopia)
- DNI del representante, si existiera (fotocopia)
- DNI del autorizado, si existiera (fotocopia)
- Partida Literal de Nacimiento del perceptor del plan.
- Fotocopia Libro de Familia o similar.
- Certificado de empadronamiento del perceptor del plan.
- Certificado de vida laboral del perceptor del Plan.
- Última declaración de la Renta del perceptor del Plan o, en su defecto, certificado negativo de la Agencia Tributaria.
- Certificado o fotocopia datos bancarios, en los que figure el perceptor del Plan como titular, o en su defecto del representante.
- Fotocopia de la tarjeta de MUFACE o Seguridad Social del perceptor del Plan.
- Fotocopia del certificado del grado de discapacidad completa vigente y actualizado.
- Si existiera:
 - Fotocopia del Certificado del reconocimiento de la dependencia del perceptor del plan.
 - Fotocopia de la sentencia de incapacitación del perceptor del plan.
 - Fotocopia del nombramiento del tutor actualizado.

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.

2.- Para renovaciones:

Para todos los casos:

- Certificado de vida laboral del perceptor del Plan.
- Si existiera o hubiera variado con lo presentado:
 - Fotocopia del certificado del grado de discapacidad.
 - Fotocopia del Certificado del reconocimiento de la dependencia del perceptor del plan.
 - Fotocopia de la sentencia de incapacitación del perceptor del plan.
 - Fotocopia del nombramiento del tutor actualizado.

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).