



C/ López de Hoyos, 155 2ª 1  
28002 Madrid  
Tlf. 91 701 49 00  
Fax 91 521 94 38  
www.ichh.net

COLEGIO DE HUÉRFANOS DE HACIENDA  
"ALEUTANDO FUTUROS"



TFNO: 91.701.49.02  
asuntossociales@ichh.net

# PLAN DE AYUDA A HIJOS DE SOCIOS CON ENFERMEDADES RARAS

NUEVA INCORPORACIÓN



RENOVACIÓN



## DATOS PERSONALES DEL PERCEPTOR DEL PLAN

DNI:		APELLIDOS Y NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:		DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		COD. POSTAL:	PROVINCIA:	SEXO:	
TELEF. PARTICULAR:	TELEF. MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:			
DNI DEL SOCIO CAUSANTE:	NOMBRE SOCIO CAUSANTE:		AUTORIZA A RECIBIR INFORMACIÓN DEL COLEGIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

## DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE (si no es el solicitante)

DNI:		APELLIDOS Y NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:	DOMICILIO:		LOCALIDAD:		
COD. POSTAL:	PROVINCIA	RELACION CON EL SOLICITANTE		AUTORIZA A RECIBIR INFORMACIÓN DEL COLEGIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

## DATOS PERSONALES DEL AUTORIZADO

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

## DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta:	Cóigo IBAN: ES _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _
-----------------------	---

OBSERVACIONES:
----------------

Fecha solicitud

REGISTRO DE ENTRADA

Firma representante y del perceptor del plan mayor de 16 años

### **Documentación a acompañar:**

#### **Documentación para nueva incorporación:**

- Fotocopia del DNI del representante y del perceptor de la ayuda (en caso de no ser el mismo).
- Fotocopia del Libro de familia.
- Informe médico con el diagnóstico de enfermedad rara según el CIE 10 por la que solicita la ayuda.

#### **Documentación para la renovación:**

- Informe médico actualizado con el diagnóstico de la enfermedad rara según el CIE 10 (por la que solicita la ayuda).

#### **Para el pago de la ayuda:**

Será necesario presentar los recibos o facturas que justifiquen el gasto. El plazo para su presentación será de tres meses desde la fecha del recibo o factura.

### ***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 HUERFANOS 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)).