



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

COLEGIO DE HUÉRFANOS DE HACIENDA
"ALETANDO FUTUROS"



TFNO: 91.701.49.02
asuntossociales@ichh.net

PLAN DE AYUDA A SOCIOS ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES

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:			DISCAPACIDAD:
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> % <input type="text"/>					
AUTORIZA A RECIBIR INFORMACIÓN DEL CHH:		<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

DATOS PERSONALES DEL AUTORIZADO

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

AYUDA SOLICITADA

TRATAMIENTOS ESPECIALES <input type="checkbox"/>	AYUDA A DOMICILIO <input type="checkbox"/>	ASISTENCIA A CENTROS <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN RESIDENCIAL PERMANENTE <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta:	Código IBAN:
	ES _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _

OBSERVACIONES:

Fecha solicitud

REGISTRO DE ENTRADA

Firma del solicitante

Documentación a acompañar:**Documentación para nueva incorporación:**

- Fotocopia del DNI del solicitante.
- Documento de calificación de minusvalía, completo y vigente y acreditación de su grado y nivel de dependencia, así como el Programa Individual de Atención (PIA), si la hubiese.
- Informes de salud emitidos por profesionales colegiados: médico, psicólogo, etc., en los que se refleje la patología que justifique la inclusión en este plan.
- Factura o recibo del gasto mensual.

Documentación para la renovación:

- Facturas o recibos que justifiquen el gasto del año inmediatamente anterior, salvo en los casos de tratamientos especiales, en los que se justificará el gasto mes a mes. Si esos recibos obran ya en poder del Colegio no será necesario remitirlos nuevamente.
- Documento de calificación de minusvalía, completo y vigente y acreditación de su grado y nivel de dependencia, así como el Programa Individual de Atención (PIA), si la hubiese (si hubiera variación con el presentado anteriormente).
- Informes de salud emitidos por profesionales colegiados: médico, psicólogo, etc..., en los que se refleje la patología que justifique la inclusión en este plan.

Para el pago de la ayuda de tratamientos especiales:

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 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).