



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  
"ALENTANDO FUTUROS"



TFNO: 91.701.49.02  
asuntossociales@ichh.net

# PLAN DE AYUDAS EXCEPCIONALES

## DATOS DEL PERCEPTOR DEL PLAN

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

## DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE (SI NO ES EL PROPIO SOLICITANTE)

DNI:		APELLIDOS Y NOMBRE:	
INCAPACITADO JUDICIALMENTE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

## DATOS DEL AUTORIZADO

DNI	NOMBRE Y APELLIDOS:

## AYUDA SOLICITADA

TRATAMIENTO MÉDICO	AYUDAS TÉCNICAS EXCEPCIONALES	OTROS (INDICAR CONCEPTO)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DATOS BANCARIOS

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

OBSERVACIONES:

Fecha solicitud

REGISTRO DE ENTRADA

Firma del solicitante

**Documentación a acompañar:**

- Fotocopia del DNI del solicitante y del autorizado o representante, si no fuera el mismo.
- Documento que acredite la filiación con el socio.
- Informes de salud emitidos por profesionales colegiados: médicos, psicólogos, etc...
- Declaración del último IRPF de todos los miembros de la unidad familiar que generen ingresos, o Certificado de la A.E.A.T. acreditativo de los ingresos. En caso de percibir ingresos exentos de declaración, documento acreditativo.
- Certificado extendido por MUFACE, o/y Acción Social, que acredite la ayuda, certificado denegatorio si no la hubiera.
- Facturas, recibos y justificantes de la ayuda o Presupuesto del coste mensual del tratamiento y previsión del mismo.
- Certificado de minusvalía completo y vigente y actualizado o certificado de valoración de la dependencia del solicitante o del beneficiario al que va destinada la ayuda.
- Si existiera, documentación acreditativa de la incapacidad legal del solicitante o del beneficiario al que va destinada la ayuda.

***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)).