



**Govern  
de les Illes Balears**  
Fundació Balears a l'Exterior

## SOLICITUD DE AYUDAS INDIVIDUALES

**Expediente:**

### DATOS DEL SOLICITANTE

<i>Primer apellido</i>		<i>Segundo Apellido</i>		<i>Nombre</i>		<i>DNI</i>		
<i>Pasaporte español</i>			<i>Ciudad de residencia</i>			<i>Código Postal</i>		<i>País</i>
<i>Dirección (calle, núm., piso)</i>				<i>Teléfono</i>			<i>Fax</i>	
<i>Fecha de nacimiento</i>		<i>Lugar de nacimiento</i>		<i>País de nacimiento</i>		<i>Nacionalidad</i>		
<i>Cobertura sanitaria que posee(indicar el nombre)</i>			<i>Comunidad balear a la que pertenece</i>			<i>e-mail</i>		
						_____@_____		

### CONDICIÓN DE BALEAR (Cumplimentar lo que corresponda)

<i>Oriundo de</i>	<i>Grado de descendencia</i>	<i>Por última vecindad administrativa en</i>

### RAZÓN POR LA CUAL SOLITA LA AYUDA (Marcar la/s que corresponda/n)

<input type="checkbox"/> ANCIANIDAD
<input type="checkbox"/> NECESIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA
<input type="checkbox"/> EMERGENCIA SOCIAL
<input type="checkbox"/> GRAVE INFORTUNIO FAMILIAR

### INGRESOS ANUALES

<i>En moneda del país</i>	<i>Procedencia</i>

En caso de no cumplimentar estas casillas el solicitante declara bajo su responsabilidad que no percibe ningún tipo de rentas ni ingresos.

INDICAR SI EN LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR EXISTE MÁS DE UN SOLICITANTE

SI  NO

### DATOS DE LA UNIDAD ECONOMICA FAMILIAR

FAMILIARES QUE CONVIVEN CON LA PERSONA SOLICITANTE						
	<i>Apellidos</i>	<i>Nombre</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Edad</i>	<i>Ingresos anuales (Moneda del país)</i>	<i>Procedencia</i>
1						
2						
3						
4						
5						
<b>Ingresos anuales de la persona solicitante</b>						
<b>TOTAL INGRESOS ANUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR</b>						

En caso de no cumplimentar las casillas correspondientes a ingresos anuales, el solicitante declara bajo su responsabilidad que ninguno de los miembros de la unidad económica familiar no percibe ningún tipo de rentas ni ingresos.

**El solicitante declara bajo su responsabilidad que los bienes muebles y/o inmuebles, excepto la vivienda familiar, que se detallan a continuación son todos los que poseen los miembros de la unidad económica familiar, incluyendo al solicitante**

**PROPIEDADES O EMPRESAS QUE POSEAN LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR, ESPECIFICANDO LA DIRECCIÓN (EXCEPTO LA VIVIENDA HABITUAL)**

	<i>Propiedad</i>	<i>Dirección</i>	<i>Valor patrimonial (moneda del país)</i>
1			
2			
<b>PATRIMONIO MOBILIARIO (CAPITAL, ACCIONES, ...)</b>		<b>VALOR (MONEDA DEL PAÍS)</b>	

**En caso de no cumplimentar los campos correspondientes a los bienes muebles y/o inmuebles, el solicitante declara bajo su responsabilidad que ni él ni ninguno de los miembros de la unidad económica familiar poseen bienes muebles o inmuebles.**

**El solicitante AUTORIZA a la persona habilitada para tal efecto, de la entidad colaboradora señalada a continuación, para presentar esta solicitud, a la Fundació Balears a l'Exterior, así como para que reciba las comunicaciones y notificaciones al respecto que se realicen durante la tramitación de la ayuda.**

**ENTIDAD COLABORADORA**

**En el caso de ser beneficiario de la ayuda, se SOLICITA que:** (marcar la que corresponda)

**El pago se realice mediante transferencia bancaria a la cuenta que se especifica en el certificado adjunto.**

**El pago se realice mediante transferencia bancaria a la cuenta de la entidad colaboradora mediante la cual se ha tramita la solicitud, para que esta una vez recibido me la reintegre**

En caso de no realizarse expresamente la petición de transferencia a la cuenta bancaria del beneficiario, el pago de la ayuda se realizará a través de la entidad colaboradora.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos personales recogidos en el presente formulario serán incorporados en ficheros responsabilidad de la Fundació Balears a l'Exterior. La finalidad del tratamiento es la gestión de los datos de carácter personal para proceder a la tramitación de las ayudas y subvenciones de interés para el solicitante. Asimismo, el interesado consiente expresamente al tratamiento de los datos de salud, socio-familiares y económicos con el fin de poder prestar los servicios adecuados para la finalidad descrita.

Usted tiene derecho en cualquier momento a oponerse, acceder, rectificar y cancelar los datos referentes a su persona incluidos en nuestras bases de datos ante el Responsable del Fichero en la siguiente dirección, mediante solicitud por escrito e identificación mediante documento acreditativo: c/ Palau Reial, 14, 3º, 07001, Palma. Islas Baleares. España.

Salvo comunicación en contra por su parte, sus datos podrán ser cedidos a las instituciones y entidades que intervienen en el proceso para cumplir con la finalidad de interés para el solicitante. Asimismo, salvo comunicación en contra, autoriza a que su imagen u otras informaciones referidas a su participación en los Proyectos de la Fundació Balears a l'Exterior, puedan utilizarse en las distintas publicaciones (incluida la página Web y Memoria de Actividades) que la Fundación realice dentro de su actividad.

<b>DECLARACIÓN</b>	<p><b>DECLARO bajo mi responsabilidad que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas los datos y declaraciones que figuran en esta solicitud son ciertas y comprobables.</li> <li>- No estoy sometido a ninguna de las prohibiciones para obtener la condición de persona beneficiaria señaladas en los apartados 1 y 2 del artículo 10 del Decreto legislativo 2/2005, de 28 de diciembre, por el cual se aprueba el texto refundido de la Ley de Subvenciones.</li> <li>- No percibo ninguna pensión, ayuda o subsidio de naturaleza parecida a los que se establecen en esta convocatoria, otorgada por una institución o entidad pública o privada, nacional o extranjera, o que en caso de percibirla el importe es insuficiente para una subsistencia digna en mi país de residencia o para el acceso a servicios sanitarios, sociosanitarios o sociales básicos.</li> <li>- No pertenezco a organizaciones, comunidades o instituciones que, por sus reglas y estatutos estén obligados a prestarme asistencia, o que esta en cualquier caso es insuficiente.</li> </ul> <p>Por otro lado, <b>DECLARO</b> que expresamente doy mi consentimiento para que se publiquen las ayudas concedidas en el Boletín Oficial de las Illes Balears, de acuerdo con el artículo 34 del Texto refundido de la Ley de subvenciones, aprobado por el Decreto legislativo 2/2005, de 28 de diciembre, así como en la página web de la Fundación y en los registros públicos correspondientes.</p> <p>....., ..... de ..... de 20....</p> <p style="text-align: right;">(firma)</p>
--------------------	--

ANEXO I

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

El/La Sr./a. \_\_\_\_\_, con DNI: \_\_\_\_\_

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que

(Marcar la opción que corresponda)

No ha recibido ni solicitado ayuda por el mismo concepto por el cual se solicita, de ninguna otra entidad nacional o extranjera, pública o privada.

Ha recibido y/o solicitado ayuda por el mismo concepto por el cual se solicita la ayuda de:

Nombre de la entidad	Solicitud		Concesión	
	Fecha	Importe	Fecha	Importe

(Marcar la opción que corresponda)

Tengo cobertura de asistencia sanitaria por parte de \_\_\_\_\_.

Tengo cobertura de asistencia sanitaria por parte de \_\_\_\_\_, sin embargo, esta es insuficiente para cubrir la contingencia por la que se solicita la ayuda.

No tengo ningún tipo de cobertura de asistencia sanitaria.

Y para que así conste a los efectos de poder ser beneficiario de la ayuda, firmo la presente declaración.

(Firma)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

ANEXO II

**CERTIFICADO MEDICO**

APELLIDO Y NOMBRE DEL/DE LA FACULTATIVO/A	
<input type="text"/>	
CENTRO DE SALUD PÚBLICA OFICIAL AL QUE PERTENECE	
<input type="text"/>	
ESPECIALIDAD	Nº DE COLEGIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN DEL CENTRO	
<input type="text"/>	
CIUDAD	PAÍS
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>INFORMO:</b>	
QUE EFECTUADO EL CORRESPONDIENTE RECONOCIMIENTO MÉDICO AL/LA PACIENTE	
<input type="text"/>	
<b>CERTIFICO:</b>	
- QUE PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES / MINUSVALÍAS:	
<input type="text"/>	
DEBIDO A LO EXPUESTO, EL/LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE:	
1) <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GRAVE QUE LIMITA SU AUTONOMIA PERSONAL.	
2) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ, DISCAPACIDAD O INCAPACIDAD ABSOLUTA QUE LIMITA SU AUTONOMIA PERSONAL.	
3) <input type="checkbox"/> NO SE ENCUENTRA EN NINGUNA DE LAS SITUACIONES ANTERIORES.	
TENIENDO EL GRADO DE AUTONOMÍA:	
1) <input type="checkbox"/> AUTOVÁLIDO.	
2) <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE DE TERCEROS PARA SUS NECESIDADES BÁSICAS.	
DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD/INVALIDEZ, DE SU GRAVEDAD Y DE SUS CONSECUENCIAS/LIMITACIONES	
<input type="text"/>	
TRATAMIENTO NECESARIO QUE PUEDA OCASIONAR COSTES AL INTERESADO	
<input type="text"/>	
_____, ____ de _____ de _____	
FIRMA Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A	

### ANEXO III

**INFORME EXPLICATIVO DE LAS CIRCUNSTANCIAS Y HECHOS PUNTUALES ACONTECIDOS QUE HAN CONLLEVADO A LA GRAVE SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR**

(Es necesario explicar las circunstancias y hechos, así como describir la situación en que se encuentra la unidad económica familiar)

--

Documentos acreditativos que se presentan:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Apellidos y Nombre:	DNI:
---------------------	------

Firma
_____, ____ de _____ de _____