

ANEXO 1
SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS

SILLA DE RUEDAS	<input type="checkbox"/>	CAMA/ACCESORIOS	<input type="checkbox"/>	GAFAS/LENTES CORRECTORAS	<input type="checkbox"/>
TRAT. ODONTOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	AUDIFONO	<input type="checkbox"/>	MATERIAL ORTOPROTESICO	<input type="checkbox"/>
ELIMINACIÓN BARRERAS/ADAPTACIÓN VIVIENDA	<input type="checkbox"/>				

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre
NIF	Estado Civil	Sexo M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Nº afiliación S.S	
Lugar de nacimiento	Provincia		Fecha de nacimiento	
Domicilio			Teléfono	
Localidad	Código Postal	¿Está empadronado en Melilla desde hace más de dos años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
INGRESOS ECONÓMICOS: Pensiones, prestaciones económicas, retribuciones dinerarias, retribuciones alimenticias, etc				
Tipo	Procedencia	Cuantía mensual	Cuantía anual	

2. DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Nombre del beneficiario/a de la prestación:	Relación con el solicitante:
---	------------------------------

3. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Número de miembros de la unidad familiar:

4. DATOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Pensiones, prestaciones económicas, retribuciones dinerarias, retribuciones alimenticias, etc.			
Tipo	Procedencia	Cuantía mensual	Cuantía anual
Otro tipo de prestaciones.			
Concepto	Cuantía anual		
Rendimientos de capital inmobiliario, actividades económicas, etc.			
Concepto	Cuantía anual		

5. DECLARACIÓN, FECHA Y FIRMA

Declaro/declaramos ser ciertos cuantos datos anteceden, y los documentos que acompañan a la solicitud, así como los facilitados a los profesionales para la elaboración de los informes, y conocer que la ocultación o falsedad de datos puede ser motivo para anular la solicitud.

Autorizo/autorizamos a que estos datos puedan ser facilitados a la Consejería de Bienestar Social y Sanidad, y a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, incluidos los existentes en la Agencia Tributaria y Tesorería General de la Seguridad Social.

Firma del Solicitante

Melilla, a _____ de _____, de 200__

EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD