



CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
**MELILLA**

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

ID: 0332-06

**ANEXO I**  
**INFORME MÉDICO**

D./Dña. ....

con nº de colegiado/a ..... , a solicitud del/de la interesada  
y para su presentación ante la Consejería de Economía y Políticas Sociales de la Ciudad  
Autónoma de Melilla,

**INFORMO**

Que D./Dña. ....

con DNI/NIE ..... es celiaco/a ó intolerante al gluten, con fecha de diagnóstico  
de la citada enfermedad celiaca .....

En Melilla, a ..... de ..... de .....

Fdo.: .....



# CIUDAD AUTÓNOMA DE **MELILLA**

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

ID: 0332-06

## ANEXO II

### AUTORIZACIÓN DEL/A INTERESADO/A PARA QUE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA PUEDA RECADAR DATOS TRIBUTARIOS A LA AGENCIA TRIBUTARIA Y DE LA DIRECCIÓN GENERAL TRIBUTARIA DE LA CAM

Las personas abajo firmantes autorizan a la Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Melilla, a solicitar de la Administración Tributaria estatal y local competente y a la Dirección General del Catastro, información de naturaleza tributaria o catastral para el reconocimiento, seguimiento y control de **SOLICITUD DE AYUDAS DESTINADAS A FAMILIAS EN CUYO AMBITO EXISTAN UNO O MAS ENFERMOS/AS CELIACOS/AS O CON INTOLERANCIA AL GLUTEN**, siendo beneficiario o posible beneficiario la persona que figura en el **apartado A (SOLICITANTE)** de la presente autorización.

La presente autorización se otorga a los efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la subvención y/o ayuda mencionada anteriormente, y en aplicación de lo dispuesto en la Disposición Adicional Cuarta de la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, por la que permite, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones.

**INFORMACIÓN TRIBUTARIA Y CATASTRAL AUTORIZADA: DATOS QUE POSEA LA AGENCIA TRIBUTARIA DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS DEL EJERCICIO 2015 Y LA DIRECCIÓN GENERAL TRIBUTARIA Y LA DIRECCIÓN GENERAL DEL CATASTRO SOBRE LOS BIENES DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL SOLICITANTE CUYOS INGRESOS SON COMPUTABLES PARA EL RECONOCIMIENTO, SEGUIMIENTO O CONTROL DE LA AYUDA.**

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	FIRMA
SOLICITANTE			

#### IMPORTANTE: FIRMAR ÚNICAMENTE LOS MAYORES DE 18 AÑOS.

En la Ciudad de Melilla, a ..... de ..... de .....

Nota: La autorización concedida por el firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al órgano autorizado.

Han de consignarse los datos de **TODOS** los miembros que componen la unidad familiar y los mayores de 18 años además han de firmarlo.

Consiente el tratamiento de los datos personales de este formulario para los fines recogidos en el mismo.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** La Dirección General de Servicios Sociales es la **responsable** del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado **"Prestaciones Sociales Relacionadas con la Salud"**. La **finalidad** del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La **legitimación** tratamiento es el consentimiento del afectado e interés público, marcando la casilla destinada al efecto. Los datos sólo podrán ser **cedidos** a terceros cuando ello resulte necesario por motivos de control o gestión de sus competencias y al amparo de una norma que lo legitime. Los **derechos** de los interesados relacionados en los artículos 15 a 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 podrán ejercerse utilizando los medios recogidos en la [Política de Privacidad de la Ciudad Autónoma de Melilla](#). Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos <https://sede.melilla.es> y en el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) indicados anteriormente en esta página.



## **ANEXO III**

## SOLICITUD DE AYUDAS DESTINADAS A FAMILIAS EN CUYO ÁMBITO EXISTAN UNO O MÁS ENFERMOS/AS CELIACOS/AS O CON INTOLERANCIA AL GLUTEN. AÑO

## **DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

## **REPRESENTANTE**

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

## DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

<b>DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN</b>					
Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública				
Número	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Municipio

EXPONE

1. Tener \_\_\_\_\_ miembro/s de la unidad familiar con celiaquía.
  2. El número de IBAN  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
  3. La persona solicitante manifiesta su aceptación de la convocatoria para la concesión de subvención de ayudas económicas destinadas a sufragar las necesidades de las familias en cuyo ámbito existan uno o más enfermos celíacos o con intolerancia al gluten, publicadas en el BOME n.º \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_, suscribiendo la misma.

## DOCUMENTACIÓN APORTADA

Se deberán presentar todos los documentos originales, acompañados de fotocopias para su cotejo

- DNI/ TARJETA DE RESIDENCIA en vigor
- Informe médico o Certificado de ostentar la condición de enfermo con celiaquía
- Declaración responsable de no hallarse incurso en algunas de las circunstancias o prohibiciones previstas en la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones
- Declaración responsable del cumplimiento de obligaciones tributaria de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 887/2006

## SOLICITA

Ser Beneficiario de la concesión de subvención de ayudas económicas destinadas a sufragar los mayores gastos derivados de la atención alimentaria de enfermos con celiacos.

En Melilla, a de de

Fdo.:

Consiente el tratamiento de los datos personales de este formulario para los fines recogidos en el mismo.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** La Dirección General de Servicios Sociales es la **responsable** del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado "**Prestaciones Sociales Relacionadas con la Salud**". La **finalidad** del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La **legitimación** tratamiento es el consentimiento del afectado e interés público, marcando la casilla destinada al efecto. Los datos sólo podrán ser **cedidos** a terceros cuando ello resulte necesario por motivos de control o gestión de sus competencias y al amparo de una norma que lo legitime. Los **derechos** de los interesados relacionados en los artículos 15 a 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 podrán ejercerse utilizando los medios recogidos en la **Política de Privacidad de la Ciudad Autónoma de Melilla**. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos <https://sede.melilla.es> y en el **Registro de Actividades de Tratamiento** indicados anteriormente en esta página.



# CIUDAD AUTÓNOMA DE **MELILLA**

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

ID: 0332-06

## ANEXO IV

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don ..... con DNI nº ..... ,  
en nombre propio, con domicilio en .....

SOLICITANTE de la convocatoria para la concesión de **subvención de ayudas económicas destinadas a sufragar convocatoria de ayudas destinadas a familias en cuyo ámbito existan uno o más enfermos/as celiacos/as o con intolerancia al gluten** declara bajo su responsabilidad que está al corriente del pago, tanto de sus obligaciones tributarias como de la Seguridad Social y no se encuentra comprendido en ninguna de las circunstancias o prohibiciones que se establecen en los artículos 13.2 y 3 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. Y para que así conste a los efectos oportunos, firma la presente acta de declaración responsable.

En Melilla, a ..... de ..... de .....

Fdo.: .....

Consiente el tratamiento de los datos personales de este formulario para los fines recogidos en el mismo.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** La Dirección General de Servicios Sociales es la **responsable** del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado "**Prestaciones Sociales Relacionadas con la Salud**". La **finalidad** del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La **legitimación** tratamiento es el consentimiento del afectado e interés público, marcando la casilla destinada al efecto. Los datos sólo podrán ser **cedidos** a terceros cuando ello resulte necesario por motivos de control o gestión de sus competencias y al amparo de una norma que lo legitime. Los **derechos** de los interesados relacionados en los artículos 15 a 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 podrán ejercerse utilizando los medios recogidos en la [Política de Privacidad de la Ciudad Autónoma de Melilla](#). Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos <https://sede.melilla.es> y en el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) indicados anteriormente en esta página.