

DADES DE LA CONVOCATÒRIA

Any: 2018

Decret Bases : 31/05/2019

Convocatòria Gaseta: 03/06/2019

Període de presentació: del 04/06/2019 al 03/07/2019

Aquesta sol·licitud s'ha de presentar per registre i anirà adreçada al departament de personal de l'organisme on presta serveis l'empleat/ada.**DADES DE L'EMPLEAT/DA**

Matrícula: _____ NIF: _____

Cognoms i Nom: _____

Adreça: _____

Correu electrònic: _____ Tel. feina: _____ Tel. Particular _____

Sector/Districte on presta serveis: _____

LA DOCUMENTACIÓ COMPULSADA S'HA D'APORTAR EN EL MOMENT DE LA PRESENTACIÓ D'AQUESTA SOL·LICITUDTal com detallen les bases de la convocatòria, les **factures de l'any 2018** hauran de complir els requisits següents:

1. Núm. de Factura
2. Data d'expedició
3. Raó Social i segell de l'emissor i nom del receptor
4. NIF de l'emissor
5. Domicili de l'emissor
6. Descripció del concepte d'ajut
7. Import de la despesa
8. Data de prestació del servei (si és diferent a la d'expedició)

- En el cas de tractaments odontològics, sanitaris de psicologia, homeopatia, osteopatia, fisioteràpia, o de recuperació, no coberts per la seguretat Social, serà necessari el número de col·legiat/a.
- En el cas de les vacunes no incloses en el Pla de vacunacions del Servei Públic de Salut serà necessari aportar el document amb la recomanació del metge/ssa pediatre.
- En el cas de l'ajut per intoleràncies alimentàries, es substitueix la factura pel certificat o informe mèdic on consti el diagnòstic i la data en la que es va detectar la malaltia.
- Si l'ajut és per fill/a menor, a més de la factura, s'adjuntarà còpia completa del llibre de família.
- Si l'ajut és per fill/a nascut entre 1993 i 2000 s'adjuntarà còpia completa del llibre de família, certificat de convivència, l'informe de vida laboral del/la fill/a i el certificats d'ingressos durant l'any 2018 del fill/a, si s'escau.
- En cas que es sol·liciti l'ajut per a llars d'infants per l'any 2018, es substitueix la factura indicada a dalt pel rebut normalitzat o certificat del centre, que acrediti la raó social, el NIF, el nivell d'escolarització, els mesos d'escolarització i la quantitat abonada. Els/Les progenitors/es que sol·licitin aquest ajut, hauran d'acreditar mitjançant qualsevol document oficial que l'altre progenitor/a no ha treballat durant l'any 2018.

NOTA:**La documentació compulsada que acrediti els requisits per a l'atorgament dels ajuts s'ha d'annexar a aquesta sol·licitud.****Poseu l'import total de la despesa en cadascun dels ajuts sol·licitats, tenint en compte que hi ha una casella per l'empleat/da i unes altres per a cada fill/a pel qual es demana l'ajut.**



DADES IDENTIFICATIVES DE L'EMPLEAT/DA I DELS FILLS PELS QUALS ES SOL·LICITEN ELS AJUTS				
	Empleat/da	Fill/a 1	Fill/a 2	Fill/a 3
1r Cognom:				
2n Cognom:				
Nom :				
Data naixement del fill/a:				
1. DESPESES PER L'AJUT DE PROTÈSIS OCULARS (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Ulleres mono focals (muntura i vidres)				
Renovació de vidres monofocals				
Lents de contacte				
Ulleres progressives o bifocals (muntura i vidres)				
Renovació de vidres progressius o bifocals				
Reducció de diòptries				
Ulleres de sol graduades				
Intervenció quirúrgica d'extracció de cataractes				
Intervenció quirúrgica glaucoma, estrabisme i presbícia				
Ulleres telelupa				
Renovació de vidres telelupa				
2. DESPESES PER L'AJUT DE PROTÈSIS AUDITIVES (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Audiòfon				
Taps ortopèdics				
3. DESPESES PER L'AJUT DE PROTÈSIS ORTOPÈDIQUES (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Plantilles ortopèdiques i suports plantars				
Calçat corrector (amb o sense plantilla)				
Talons silicona				
Ortesis				
Cadira de rodes				
Crosses				
Fèrules ortopèdiques				
Adaptacions funcionals de l'entorn				
4. DESPESES PER L'AJUT DE TRACTAMENTS ODONTOLÒGICS (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Pròtesis dentals completes				
Dentadura superior o inferior				
Implants osteointegrats				
Tractaments de gingivitis				
Peces soltes				
Peces esquelètiques				
Corones				
Fundes				
Empastaments				
Endodòncies				
Ortodòncia				
Ponts				
Tractament periodontal				
Fèrula de descàrrega				
Neteja bucal				
Fluorització				
Radiografia ortopantomografia				
Cirurgia maxil·lofacial				



DADES IDENTIFICATIVES DE L'EMPLEAT/DA I DELS FILLS PELS QUALS ES SOL·LICITEN ELS AJUTS				
	Empleat/da	Fill/a 1	Fill/a 2	Fill/a 3
1r Cognom:				
2n Cognom:				
Nom :				
Data naixement del fill/a:				
5. DESPESES PER L'AJUT PER INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Intoleràncies alimentàries				
6. DESPESES PER L'AJUT D'ESCOLA BRESSOL CURS 2016-2017 (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
DADES IDENTIFICATIVES FILLS/FILLES		Fill/a 1	Fill/a 2	Fill/a 3
1r Cognom:				
2n Cognom:				
Nom:				
Data naixement:				
Escola bressol curs 2016-2017				
7. DESPESES PELS AJUTS DE TRACTAMENTS DE TRASTORNS ESPECÍFICS DE L'APRENENTATGE (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Disfuncions motrius: dispràxies				
Trastorns del coneixement: disgnòsies				
Trastorns del llenguatge: dislèxia, disfàsia, dislàlia, disgrafia i ecolàlia (tractaments logopèdics)				
Trastorns de les habilitats mecàniques: discalculia				
Dèficit d'atenció, amb o sense hiperactivitat (TDA i TDAH)				
Superdotació intel·lectual o alta capacitat intel·lectual.				
8. DESPESES PELS AJUTS DE TRACTAMENTS DE TRASTORNS DE LA COMUNICACIÓ (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Trastorn del llenguatge expressiu				
Trastorn mixt del llenguatge receptiu-expressiu				
Trastorn fonològic.				
Disfèmia, espasmofèmia o difluència en la parla.				
9. DESPESES PELS AJUTS DE TRACTAMENTS DE TRASTORNS GENERALITZATS DEL DESENVOLUPAMENT (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Trastorn de l'espectre autista (inclou Asperger)				
Síndrome de Rett				
Trastorn desintegratiu de la infància				
10. DESPESES PELS AJUTS DE TRACTAMENTS SANITARIS NO COBERTS PER LA SEGURETAT SOCIAL (Sempre que sigui realitzat per personal col·legiat o per prescripció facultativa) (INDICAR L'IMPORT TOTAL DE L'AJUT O AJUTS)				
Psicologia				
Homeopatia				
Osteopatia				
Fisioteràpia				
Tractaments de recuperació*				
* Tots els tractaments de recuperació d'especialitats reconegudes, recomanats per un metge col·legiat i que tinguin per objectiu millorar la salut de la persona				
Vacunes no incloses en el Pla de vacunacions del Servei Públic de Salut, recomanades per un metge/ssa pediatre.				



DECLARACIONS

Mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, faig les manifestacions següents:

- Declaro que no hi ha cap altre membre de la meua unitat familiar treballant a l'Ajuntament de Barcelona, organismes autònoms, i ens instrumentals adherits a l'acord de condicions que hagi sol·licitat l'ajut/s pel mateix supòsit i beneficiari.
- Declaro que sóc responsable de la veracitat de les causes al·legades i de les dades que figuren en aquesta sol·licitud, i que em dono per assabentat/da de què qualsevol deformació dels fets, ocultació o falsedat de les dades consignades a la sol·licitud o en la documentació comportarà l'exclusió d'aquest programa, d'acord amb el que preveu l'art. 69.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques i l'article 38 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost de règim jurídic de les administracions públiques de Catalunya.
- Declaro que he estat informat que l'Ajuntament de Barcelona tractarà les meves dades de caràcter personal de conformitat amb la normativa de protecció de dades amb la finalitat de la gestió, tramitació i resolució dels ajuts del fons d'acció social corresponent a aquesta convocatòria (tractament 0316 - Gestió d'ajuts) i dono el meu consentiment pel tractament d'aquestes dades amb aquesta finalitat.

D'acord amb la normativa de protecció de dades, he estat informat que, tret d'obligació legal, les meves dades no seran cedides a tercers, que tinc dret a accedir, rectificar, suprimir i exercir els altres drets sobre les meves dades, que preveu aquesta normativa i que puc consultar informació addicional sobre aquest tractament i protecció de dades a <http://www.bcn.cat/ajuntament/protecciodades>

DATA I SIGNATURA

Cognoms i Nom: _____ Matrícula: _____

Data: _____ Signatura: _____