**Anexo 2** (este documento será cumplimentado por las familias solicitantes. Las entidades deberán codificar con un número cada una de las solicitudes recibidas que deberá coincidir con el nº de solicitud que aparecerá en el anexo 3)

**Formulario valoración socioeconómica familiar**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº Solicitud (a codificar por la entidad):** | | |  | |
| **1. DATOS PERSONALES** | | | | |
| **- Datos del beneficiario/s:** | | | | |
| - Dirección del beneficiario/s (indique población y provincia): |  | | | |
| - Fecha/s de nacimiento: |  | | | |
| **- Datos del padre/madre/tutor:** | | | | |
| - Nombre y apellidos: |  | | | |
| **2. INFORMACIÓN SOBRE LA PATOLOGÍA** | | | | |
| - ¿Posee diagnóstico? | - SI  - NO  - En proceso | | | |
| - Año del diagnóstico: |  | | | |
| - Nombre de la patología: |  | | | |
| **3. INFORMACIÓN SOBRE LA AYUDA SOLICITADA** | | | | |
| A continuación, describa brevemente los motivos por los que solicita la ayuda. Recordamos que no serán atendidos el abono de productos o servicios de rehabilitación cubiertos por el SNS. | | | | |
| - Descripción de las principales necesidades y justificación de la ayuda solicitada; recuerde que los criterios “urgencia” y “necesidad” serán muy valorados a la hora de conceder la ayuda, por lo que exponga todo cuanto considere necesario en este espacio. | |  | | |
| - ¿Qué tipo de ayuda solicita? (Marcar con una “X” el/los recuadros que correspondan) | | - La compra de fármacos o productos farmacológicos no abonados por la Seguridad Social. | |  |
| - Productos ortopédicos y ortoprotésicos. | |  |
| - Servicios de logopedia. Servicios de rehabilitación. | |  |
| - Apoyo psicológico. | |  |
| - Análisis clínicos y genéticos. | |  |
| - Desplazamientos de los beneficiarios para recibir estos tratamientos. | |  |
| - ¿Posee informe de algún profesional que justifique la necesidad de la ayuda? | | - SI  - NO | | |
| - Indique el importe que solicita y desglóselo en los distintos tipos de productos o servicios que solicita (en caso de ser varios) | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA** | |
| El solicitante declara que la información que facilitará a continuación es cierta y veraz. | |
| - Número de miembros que habitan en el domicilio |  |
| - Composición familiar (señale el caso que corresponda con la situación familiar) | - Familia con ambos progenitores  - Familia monoparental  - Familia numerosa  - Otros |
| - Situación laboral de ambos progenitores | - Ambos empleados  - Ambos desempleados  - Uno empleado y otro desempleado  - Incapacidad laboral de alguno de los progenitores (en su caso, señalar grado de incapacidad laboral)  - Incapacidad laboral de ambos progenitores (en su caso, señalar grado de incapacidad)  - Pensionista/Jubilado  - Otro: |
| - Salario bruto anual de unidad familiar: |  |
| - ¿Percibe algún miembro de la familia prestaciones por desempleo? (Indicar importe en caso afirmativo) |  |
| - ¿Percibe algún miembro de la familia prestaciones por discapacidad?  (Indicar importe en caso afirmativo) |  |
| - ¿Percibe algún miembro de la familia prestaciones de otra naturaleza?  (Indicar importe y tipo de prestación en caso afirmativo) |  |
| - Promedio de Gastos mensuales familiares  (Desglosar gastos; ejemplo: 500€ hipoteca, 100€ suministro eléctrico, 400€ tratamiento médico…) |  |

En \_\_\_\_\_\_\_, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2014.

(Nombre y apellidos)

Firma del padre/madre/tutor

**Anexo 4:**

**DOCUMENTO DE CESIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, LOPD) y su Reglamento de desarrollo, la Federación Española de Enfermedades Raras, (en adelante, FEDER), como responsable del fichero informa de las siguientes consideraciones:

* Al firmar este documento, otorga su consentimiento a FEDER para conservar la información que se contiene en el mismo y para hacer uso de ella con la finalidad exclusiva de atender a la solicitud de ayuda enmarcada dentro del Proyecto “Un Nuco, una Esperanza”.
* Los datos de carácter personal que le solicitamos quedarán incorporados a un fichero cuya finalidad exclusiva es recopilar información para la tramitación de las ayudas de los fondos obtenidos a través de la colaboración con Fundación Carrefour dentro del Proyecto conjunto “Un Nuco, una Esperanza”
* Una vez finalizado el periodo de gestión y concesión de las ayudas, FEDER destruirá todos estos datos personales.
* Ud. tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de sus datos personales en la siguiente dirección, C/ Alberto Durero 1, local D, CP 41.018, Sevilla, escribiendo a [fondoideas@enfermedades-raras.org](mailto:fondoideas@enfermedades-raras.org).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales del beneficiario o beneficiarios:[[1]](#endnote-1)** | | | |
| **1 -** Nombre: | | Apellidos: | |
| DNI: | Tlf: | | e-mail: |
| Dirección (calle, población, CP y provincia): | | | |
| **2 -** Nombre: | | Apellidos: | |
| DNI: | Tlf: | | e-mail: |
| Dirección (calle, población, CP y provincia): | | | |
| **3 -** Nombre: | | Apellidos: | |
| DNI: | Tlf: | | e-mail: |
| Dirección (calle, población, CP y provincia): | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos personales representante del menor:** | | |
| Nombre y apellidos padre/madre/tutor: | | |
| Dirección (calle, población, CP y provincia): | | |
| DNI: | Tlf: | e-mail: |
| Nombre y apellidos del menor/menores:  1 –  2 –  3 –  4 –  5 - | | |

En \_\_\_\_\_\_\_, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2014.

(firma)

1. En caso de solicitar ayudas para más de tres menores, indique nombre, apellidos, DNI, tlf, email y dirección en una hoja anexa. [↑](#endnote-ref-1)