**ANEXO I**

**SOLICITUD AYUDAS PARA LA MEJORA DE HABITABILIDAD DE LA VIVIENDA PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS Y PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS QUE TENGAN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33% CON BAREMO DE MOVILIDAD POSITIVO**

**Solicitud nº.:**

(a rellenar por la Administración)

**DATOS DEL TITULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE | APELLIDOS |
| DNI/NIE | DOMICILIO |
| TELEFONO | E-MAIL |

**DATOS DEL REPRESENTANTE (en el caso que la solicitud se formule por persona distinta** del beneficiario)

|  |
| --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS: |
| DOMICILIO Y LOCALIDAD: |
| RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO: |

**SITUACION DEL SOLICITANTE**

|  |
| --- |
| PERSONA MAYOR DE 65 AÑOS |
| PERSONA CON DISCAPACIDAD DEL % |

**DOCUMENTACION A APORTAR JUNTO CON LA SOLICITUD**

* Fotocopia del D.N.I. del interesado y del representante si la solicitud se suscribe por éste. Y de los mayores de 18 años que formen parte de la unidad familiar
* Empadronamiento de toda la unidad familiar
* Certificado que acredite reconocimiento de grado discapacidad incluyen existencia de baremo de movilidad positivo (solo para personas menores de 65 años)
* Informe médico en el que se acredite la situación de autonomía personal reducida o limitada (anexo II).
* Presupuesto del coste de la reforma, adaptación, reparación o acondicionamiento, el cual deberá contener descripción de los trabajos a realizar diferenciando el coste unitario de materiales y mano de obra.
* Fotocopia donde refleje el número de cuenta bancaria
* Acreditación documental de los ingresos del beneficiario, así como de los miembros de la unidad familiar. Certificado del IRPF de 2021 o Declaración de la Renta del Padre/Tutor y Madre/Tutora del alumno, o en su caso certificado negativo del IRPF

|  |
| --- |
| **EL ABAJO FIRMANTE DECLARA QUE SON CIERTOS TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SE COMPROMETE A COMUNICAR CUALQUIER VARIACIÓN DE LOS DATOS APORTADOS Y AUTORIZA AL AYUNTAMIENTO A:**  **CONSULTAR LOS DATOS EXISTENTES EN EL PADRÓN; Y A RECAUDACIÓN (COMPROBAR SI SE ENCUENTRAN AL CORRIENTE DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS CON LA AEAT/ SEGURIDAD SOCIAL Y AYUNTAMIENTO DE ALGETE, ATENDIENDO AL ARTÍCULO 13.2 DE LA LEY 38/2003, DE 17 DE NOVIEMBRE, GENERAL DE SUBVENCIONES TESORERÍA)** |
| **ESTAS AYUDAS SON INCOMPATIBLES CON OTRAS AYUDAS QUE HAYA RECIBIDO EL SOLICITANTE DE OTROS ORGANISMOS, PARA ESTE MISMO OBJETO.** |

**Plazo de presentación de solicitudes y lugar:** en el Registro General del Ayuntamiento de Algete sito en Plaza de la Constitución nº 1 o Juntas de Distrito. **PLAZO desde día siguiente publicación bases hasta el 18 de noviembre.** Esta Administración se reserva del derecho a exigir la presentación de los originales de dichos documentos para su comprobación.

Algete a, de de 2022 Firma

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de que los datos personales se incorporarán en el fichero del Ayuntamiento de Algete, los interesados pueden ejercitar, en los casos en que proceda, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito al Ayuntamiento de Algete, Plaza de la Constitución, 1 28110

**ANEXO II**

**INFORME MEDICO ADJUNTO A SOLICITUD DE AYUDA HABITABILIDAD PERSONAS MAYORES Y PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS QUE TENGAN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 65%**

Reconocimiento Médico efectuado por el Doctor. D./Dña.:

Al solicitante D./Dña.

Fecha del reconocimiento:

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

1. Padece enfermedad Infectocontagiosa
2. Se encuentra inmovilizado en cama necesitando cuidados médicos de forma permanente. SI/ NO
3. Precisa ayuda para:

SIEMPRE OCASIONALMENTE NUNCA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| BAÑO/DUCHA |  |  |  |
| ASEO NO DIARIO. |  |  |  |
| LAVADO DE CABEZA |  |  |  |
| VESTIRSE |  |  |  |
| CALZARSE |  |  |  |

1. Precisa ayuda para:

SIEMPRE OCASIONALMENTE NUNCA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LEVANTARSE |  |  |  |
| ACOSTARSE. |  |  |  |
| MOVILIDAD INTERIOR VIVIENDA |  |  |  |
| TRASLADOS CAMA/SILLON |  |  |  |
| MOVILIDAD FUERA DE LA VIVIENDA |  |  |  |

1. Precisa ayuda para:

SI NO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COMPAÑÍA CONTINUA |  |  |
| APOYO DE CUIDADOR DURANTE SALIDAS BREVES |  |  |

1. Precisa ayuda para:

SI NO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PREPARACION ALIMENTOS |  |  |
| MANIPULAR (TROCEAR, PELAR, CORTAR..) |  |  |
| CUIDADO DE LA ROPA (TENDER LAVAR, PLANCHAR) VIVIENDA |  |  |
| AUTONOMIA PARA LIMPIEZA BASICA DEL DOMICILIO |  |  |

1. Padece trastornos de:
   * PERSONALIDAD
   * DEMENCIA
   * DESORIENTACIÓN
   * TEMPORO-ESPACIAL.
2. Padece Minusvalía:
   * FISICA
   * PSIQUICA
   * SENSORIAL.

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

1. Padece algún tipo de enfermedad crónica invalidante o degenerativa
2. Es capaz de reaccionar ante situaciones de riesgo

SI NO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PEDIR AYUDA EN CASO DE PELIGRO |  |  |
| EVITAR RIESGOS DENTRO DE LA VIVIENDA |  |  |

OBSERVACIONES(Especificar patología actual, incluyendo diagnostico, tratamiento y dietas especiales).

|  |
| --- |
|  |