

**SOLICITUD
DE AYUDAS ASISTENCIALES**
(CONVOCATORIA 2014)

DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO/A:

APELLIDOS Y NOMBRE: _____
DOMICILIO FAMILIAR: _____
LOCALIDAD: _____ **C.P.:** _____ **PROVINCIA:** _____

D.N.I.: _____ **(Particular)** _____ **MÓVIL** _____
RELACIÓN: Funcionario Funcionario Interino..... Funcionario apoyo.....
 Laboral Fijo..... Laboral Temporal..... Pensionista..... **Nº SEG. SOCIAL:** _____
CATEGORÍA PROF.: _____ **DEPENDENCIA:** _____ **Ext.** _____

DOMICILIO (A EFECTOS DE NOTIFICACIONES): _____
LOCALIDAD: _____ **C.P.:** _____ **PROVINCIA:** _____

SI LA AYUDA ES - PARA LOS CÓNYUGES,ⁱ Nombre:
 - PARA LOS HIJOS/AS,ⁱⁱ Nombres: Fecha Nacimiento:

.....

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS	TRATAMIENTOS OFTALMOLÓGICOS	TRATAMIENTOS ORTOPÉDICOS
EMPASTES, ETC. <input type="checkbox"/>	MONTURA..... <input type="checkbox"/>	CALZADO ORTOPÉDICO <input type="checkbox"/>
DESITALIZACIÓN NERVIO..... <input type="checkbox"/>	CRISTAL LEJOS/CERCA <input type="checkbox"/>	PLANTILLAS ORTOPÉDICAS <input type="checkbox"/>
LIMPIEZA DE BOCA..... <input type="checkbox"/>	CRISTAL BIFOC. o PROGRES..... <input type="checkbox"/>	
PERIODONCIA..... <input type="checkbox"/>	LENTILLAS NO DESECHABLES..... <input type="checkbox"/>	
PIEZAS FIJAS (coronas, fundas)..... <input type="checkbox"/>	LENTILLAS DESECHABLES..... <input type="checkbox"/>	
PIEZA PUENTE REMOVIBLE <input type="checkbox"/>		
DENTADURA COMPLETA REMOVIBLE <input type="checkbox"/>		
DENTADURA INF. o SUP. REMOVIBLE <input type="checkbox"/>		
IMPLANTE OSTEOINTEGRADO <input type="checkbox"/>		
ORTODODONCIA..... <input type="checkbox"/>		
FERULA DE DESCARGA <input type="checkbox"/>		
	TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS/ TRASPLANTE	OTRAS AYUDAS
	GASTOS FARMACEUTICOS <input type="checkbox"/>	AUDÍFONO <input type="checkbox"/>
		APARATO DE FONACIÓN..... <input type="checkbox"/>

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- FACTURAS o RECIBOS
- LIBRO DE FAMILIA (La 1ª vez que se pide ayuda para Hijos/as)
- INFORME NEGATIVO DE VIDA LABORAL Y CERTIFICADO SEGURIDAD SOCIAL (si la persona beneficiaria es el CONYUGE)

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que constan en la presente solicitud, y que los hijos/as para los que solicito la ayuda conviven en el domicilio familiar y están económicamente a mi cargo. Manifiesto igualmente que quedo enterado/a de las Bases de la Convocatoria de Ayudas Asistenciales y de mi obligación de comunicar a la Diputación Provincial cualquier variación en relación con la situación de los hijos/as por los que percibo ayudas.

SOLICITO de V.I. que dé por presentado este escrito con la documentación que se acompaña, y tenga a bien concederme la ayuda económica que corresponda de conformidad con el Acuerdo/Convenio regulador de las Condiciones de trabajo de los/as empleados/as de la Diputación.

Alicante, a _____ de _____ de 2014.

Fdo.: _____ .

ILMA. SRA. PRESIDENTA DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ALICANTE

NORMATIVA DE PROCEDIMIENTO

A efectos de lo previsto en el Real Decreto 1777/1994, de 5 de agosto, por el que se adecua los procedimientos de gestión de personal a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, se informa que el **plazo máximo para resolver la presente convocatoria es de 3 meses y el efecto del silencio administrativo es desestimatorio.**

AVISO IMPORTANTE

La falsedad en documento público, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, puede ser constitutiva de delito y estará sujeta a las sanciones previstas en las Bases de la Convocatoria

NOTA INFORMATIVA**TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS**

CONCEPTOS	IMPORTE UNITARIO (€)	LIMITACIONES
EMPASTE, OBTURACIÓN, SELLADO,....	30	
DESITALIZACIÓN NERVIOS (Endodoncia., Pulpectomía)	80	CUATRO POR PERSONA/CONVOCATORIA
LIMPIEZA DE BOCA (Tartrectomía, Detartraje,...)	30	UNA POR PERSONA/CONVOCATORIA
PERIODONCIA COMPLETA DE TODA LA BOCA	160	IMPORTE MÁXIMO POR PERSONA/CONVOCATORIA
PIEZAS FIJAS, CORONAS, FUNDAS (no provisionales)	65	SEIS POR PERSONA/CONVOCATORIA
PIEZA PUENTE REMOVIBLE	30	MÁXIMO 200€
DENTADURA INFERIOR o SUPERIOR REMOVIBLE	200	
DENTADURA COMPLETA REMOVIBLE	400	
IMPLANTE OSTEOINTEGRADO	115	CUATRO POR PERSONA/CONVOCATORIA
ORTODONCIA	601 (máximo por persona y tratamiento)	IMPORTE MÁXIMO POR PERSONA y TRATAMIENTO SE ABONARÁ EL 30% DE CADA FACTURA PRESENTADA
FERULA DE DESCARGA	80	UNA POR PERSONA/ CONVOCATORIA

TRATAMIENTOS OFTALMOLÓGICOS

CONCEPTOS	IMPORTE UNITARIO (€)	LIMITACIONES
MONTURA	40	UNA POR PERSONA/CONVOCATORIA
CRISTAL LEJOS/CERCA	20	
CRISTAL BIFOC. o PROGR.	80	
LENTILLA NO DESECHABLE	40	UN PAR POR PERSONA/CONVOCATORIA
LENTILLAS DESECHABLES	80 (máximo anual)	AYUDA INCOMPATIBLE CON LA ANTERIOR

T. ORTOPÉDICOS

CONCEPTOS	IMPORTE UNITARIO (€)	LIMITACIONES
CALZADO ORTOPÉDICO (un par)	55	2 PARES POR PERSONA/CONVOCATORIA
PLANTILLAS ORTOPÉD. (un par)	22	2 PARES POR PERSONA/CONVOCATORIA

AYUDAS AUDICIÓN

CONCEPTOS	IMPORTE UNITARIO (€)	LIMITACIONES
AUDÍFONO	451	UNO POR PERSONA/CONVOCATORIA
APARATO DE FONACIÓN	451	UNO POR PERSONA/CONVOCATORIA

T. ONCOLÓGICOS / TRASPLANTE

CONCEPTOS	IMPORTE UNITARIO (€)	LIMITACIONES
TRATAMIENTO ONCOLÓGICOS/ TRASPLANTE	25% GASTO JUSTIFICADO	800€ POR PERSONA/ CONVOCATORIA

ⁱ Se deberá acreditar la convivencia y dependencia económica del/la solicitante a través del correspondiente **informe de vida laboral** y **certificado del Instituto Nacional de la Seguridad Social** que acredite que el beneficiario para el que se solicita la ayuda no es titular de pensiones del sistema de la Seguridad Social, ni de otras pensiones públicas, y en su caso **certificado de rentas** que acredite la dependencia económica del solicitante.

ⁱⁱ Además del requisito de la edad que establecen las bases en su apartado 4.3 (**menor de 24 años**) se entenderá que el beneficiario por el que solicita la ayuda se encuentra a cargo del solicitante.