

SOLICITUD DE AYUDAS ASISTENCIALES
CONVOCATORIA 2019

DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO/A:

APELLIDOS Y NOMBRE:		
DOMICILIO FAMILIAR:		
LOCALIDAD:	C.P.:	PROVINCIA:
D.N.I.:	☎ (Particular)	MÓVIL
CATEGORÍA PROF.:	DEPENDENCIA:	☎ Ext.
RELACIÓN: Funcionario... <input type="checkbox"/> F. Interino... <input type="checkbox"/> Eventual... <input type="checkbox"/> Lab. Fijo... <input type="checkbox"/> Lab. Temporal... <input type="checkbox"/> Lab. Indefinido... <input type="checkbox"/>		
TODAS LAS NOTIFICACIONES OBJETO DE ESTA CONVOCATORIA SE RALIZARÁN A TRAVÉS DEL TABLÓN DE ANUNCIOS OFICIAL, Y EN EL PORTAL DEL EMPLEADO, ASÍ COMO EN LA CUENTA DE CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO.		
<input type="checkbox"/> OPCIONALMENTE TAMBIÉN DESEO RECIBIR LAS NOTIFICACIONES EN LA SIGUIENTE CUENTA DE CORREO PERSONAL:		

SI LA AYUDA ES - PARA LOS CÓNYUGES,
- PARA LOS HIJOS/AS,

Nombre:

Nombres:

Fecha Nacimiento:

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

- EMPASTES, ETC.
- DESVITALIZACIÓN NERVIOS.....
- LIMPIEZA BOCA
- PERIODONCIA.....
- PIEZAS FIJAS(coronas, fundas).....
- PIEZA PUENTE REMOVIBLE.....
- DENTADURA COMPLETA REMOVIBLE..
- DENTADURA INF. o SUP. REMOVIBLE...
- IMPLANTE OSTEOINTEGRADO.....
- ORTODONCIA.....
- FÉRULA DE DESCARGA.....

TRATAMIENTOS OFTALMOLÓGICOS

- MONTURA.....
- CRISTAL LEJOS/CERCA
- CRISTAL BIFOC. o PROGRES.....
- LENTILLAS NO DESECHABLES.....
- LENTILLAS DESECHABLES.....

TRATAMIENTOS ORTOPÉDICOS

- CALZADO ORTOPÉDICO.....
- PLANTILLAS ORTOPÉDICAS.....

OTRAS AYUDAS

- AUDÍFONO.....
- APARATO DE FONACIÓN.....

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- FACTURAS o RECIBOS.....
- LIBRO DE FAMILIA (La 1ª vez que se pide ayuda para Hijos(as).....
- INFORME NEGATIVO DE VIDA LABORAL(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.

- Esta solicitud autoriza a la Diputación para que requiera telemáticamente los datos relativos a la comprobación del cumplimiento de los requisitos necesarios. Si la persona solicitante deniega este consentimiento, estará obligada a aportar los correspondientes documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

- No Autorizo

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

Fdo.:

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ALICANTE

NORMATIVA DE PROCEDIMIENTO

La convocatoria y sus Bases, y cuantos actos administrativos se deriven de ella podrán ser impugnados por los interesados en los casos y en la forma previstos en la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo común de las Administraciones Públicas, 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, ORTURACIÓN, 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 tratamiento)	IMPORTE MÁXIMO POR PERSONA/TRATAMIENTO SE ABONARÁ EL 30% DE CADA FACTURA PRESENTADA
FÉRULA 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
AUDIFONO	451	UNO POR PERSONA/CONVOCATORIA
APARATO DE FONACIÓN	451	UNO 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.