

## INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN Y SOLICITUD

Las ayudas sólo se concederán para **servicios ya facturados y pagados** por el peticionario, de los gastos habidos en terapias habituales del **PRIMER TRIMESTRE DE 2017 (ENERO, FEBRERO Y MARZO)** y alcanzarán hasta un máximo de **300 euros de ayuda**. Todos los trámites, dudas y consultas se realizarán exclusivamente por correo electrónico a la dirección [ayudas@fundacionmiaoquehago.org](mailto:ayudas@fundacionmiaoquehago.org). No se admitirán ficheros comprimidos o compartidos mediante ningún sistema de sistema virtual o nube. Sólo ficheros adjuntos en el correo.

Para la presente convocatoria se deberán aportar gastos superiores a **600 euros en todo el trimestre**. Además de las **facturas**, es muy **importante poder aportar justificantes del pago de los servicios**, bien mediante la constatación de pago recibido en metálico por el prestador del servicio, bien mediante el correspondiente justificante bancario (transferencia, abono o recibo). No se considerará acreditado el gasto si sólo se aporta la factura. Tanto las solicitudes que no acompañen facturas en formato oficial como las que no acompañen justificación de la forma de pago de la misma, quedarán automáticamente excluidas.

Es imprescindible aportar **certificado de discapacidad del beneficiario, en vigor**. Todas las solicitudes que no lo acompañen quedarán automáticamente excluidas. La presente convocatoria se destina a beneficiarios **menores de 18 años**.

Si estos mismos gastos han sido presentados para cualesquiera otras ayudas ajenas a Fundación Miaoquehago, deberá indicarse para su valoración, informando de si fueron o no concedidas y en qué importe.

Es imprescindible acreditar la representación para actuar por el beneficiario. Si se hace por un hijo, será mediante libro de familia o documento que pueda acreditar dicha representación. Si se hace en nombre de los padres o tutores, deberá acompañarse documento autorizando a actuar por cuenta de los padres o tutores. Las solicitudes que incumplan este punto quedarán automáticamente excluidas.

Documentación imprescindible:

- Formulario de solicitud de ayuda
- Copia del libro de familia (si se actúa en representación de la familia, además, documento de autorización para ello)
- Copia de certificado de discapacidad (en vigor)
- Factura/s de los servicios recibidos (en formato oficial)
- Justificante/s de pago de las facturas (sea en efectivo, mediante manifestación del prestador de servicios, o mediante cualquier soporte bancario)
- Justificante de titularidad de la cuenta donde se recibirá la ayuda

Plazo máximo de recepción de solicitudes, **20 de MAYO de 2017**.

La Fundación se reserva el derecho de aceptación o denegación de la ayuda. En principio, en función del presupuesto para esta convocatoria, **las ayudas se limitan hasta la cantidad de 50 concesiones**, teniéndose en cuenta el orden cronológico de solicitud para ello. La solicitud fraudulenta de las ayudas de la Fundación puede suponer la denegación de la misma de forma permanente y la toma de acciones judiciales en contra del peticionario.

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales (Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal), le informamos que sus datos personales forman parte de ficheros responsabilidad de FUNDACIÓN MIAOQUEHAGO, cuya dirección es c/Bailarina Anna Pavlova, 10, B1, 4ºC, 14011 (Córdoba), siendo tratados por ésta bajo su responsabilidad, con la finalidad de gestionar su solicitud y realizar las gestiones administrativas necesarias para su realización. Igualmente le informamos que sus datos personales pueden ser utilizados con la finalidad de mantenerle informado de los eventos, productos y servicios propios que pudieran ser de su interés. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición dirigiéndose a [hola@fundacionmiaoquehago.org](mailto:hola@fundacionmiaoquehago.org).

|   |                   |                            |                              |
|---|-------------------|----------------------------|------------------------------|
| NOMBRE (REPRESENTANTE)  | APELLIDOS         | DNI                        | TELÉFONO                     |
| DIRECCIÓN   |                   | MUNICIPIO                  | PROVINCIA                    |
| CÓDIGO POSTAL   | EMAIL             |                            |                              |
| NOMBRE (BENEFICIARIO)   | APELLIDOS         | FECHA DE NACIMIENTO        | RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO |
| GRADO DE DISCAPACIDAD   | FECHA CERTIFICADO | NÚMERO HERMANOS / POSICIÓN |                              |
| DIAGNÓSTICO A LA FECHA (SI LO TIENE)  |                   |                            |                              |
| TRATAMIENTOS Y/O TERAPIAS QUE RECIBE EL BENEFICIARIO  |                   |                            |                              |
| SOLICITA<br><br>Participar en la convocatoria de ayudas de la Fundación para pago de tratamientos y/o terapias regulares correspondientes al primer trimestre de 2017   |                   |                            |                              |
| DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA (MÁRQUESE LO QUE PROCEDA)   |                   |                            |                              |
| <input type="checkbox"/> Copia de certificado de discapacidad (en vigor)<br><input type="checkbox"/> Copia de libro de familia<br><input type="checkbox"/> Factura/s<br><input type="checkbox"/> Justificante/s de pago del servicio (bancario o expedido por el centro o profesional)<br><input type="checkbox"/> Justificante de la titularidad de cuenta bancaria<br><input type="checkbox"/> Otros: |                   |                            |                              |
| SI LOS GASTOS HAN SIDO ACREDITADOS ANTE OTRA INSTITUCIÓN PÚBLICA O PRIVADA PARA SOLICITAR OTRAS AYUDAS, INDICAR AQUÍ TAL CIRCUNSTANCIA (ORGANISMO Y SI HA SIDO YA CONCEDIDA E IMPORTE).   |                   |                            |                              |
| DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DE AYUDA   |                   |                            |                              |
| ENTIDAD   |                   | TITULAR                    |                              |
| IBAN _____  |                   |                            |                              |

Para que así conste, lo firma en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.017

Firmado: \_\_\_\_\_