

SOLICITUD DE BECA PARA TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN CAMINANDO CON LAIA

Nombre y apellidos:

DNI o NIE:

Fecha de nacimiento:

Diagnóstico/Patología:

Grado de discapacidad reconocida %

- ☐ No tiene discapacidad reconocida
- ☐ Está en trámite

Grado de dependencia reconocido

- ☐ I
- ☐ II
- ☐ III
- ☐ Ninguno
- ☐ En trámite

Beca ACNEE:

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Denegada

Plaza en Atención Temprana

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ En lista de espera

Ayudas económicas para tratamientos de rehabilitación en otras entidades privadas y/o asociaciones sin ánimo de lucro

- ☐ Si ¿Cuáles?
- ☐ No

Otras ayudas que recibe

- ☐ PECEF - Prestación económica por cuidado en entorno familiar (Ley de dependencia)
- ☐ PEVS - Prestación económica vinculada al servicio (Ley de dependencia)
- ☐ PEAP - Prestación económica de asistencia personal (Ley de dependencia)
- ☐ PHC - Prestación económica por hijo a cargo
- ☐ Ingreso mínimo vital
- ☐ Prestación por desempleo
- ☐ Prestación autonómica para el fomento de la autonomía personal
- ☐ Subsidio de movilidad y compensación
- ☐ Programa de ayudas Reina Letizia para la inclusión
- ☐ Deducción por descendiente con discapacidad
- ☐ Deducción por familia numerosa / familia numerosa especial
- ☐ Otro:

SUMA DEL TOTAL DE AYUDAS, PRESTACIONES Y SUBVENCIONES EN €

Ejemplo: 8.000€

Modalidad educativa

- ☐ Colegio ordinario
- ☐ Colegio ordinario con apoyos
- ☐ Colegio de educación especial
- ☐ Educación mixta
- ☐ Otro:

Tratamientos que recibe o solicita

Seleccionar tantas opciones como corresponda, reflejando a los que acude actualmente o tendría que acudir para un correcto desarrollo y mejora en la calidad de vida.

- ☐ Logopedia
- ☐ Estimulación
- ☐ Psicoterapia
- ☐ Psicomotricidad
- ☐ Fisioterapia
- ☐ Equinoterapia
- ☐ Fisioterapia acuática
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ No recibe ningún tratamiento en la actualidad
- ☐ Otro:

Indica el N° total de sesiones semanales a las que acude:

Ejemplo: 2 sesiones de fisioterapia, 1 logopedia y 1 terapia ocupacional.

Importe total de los tratamientos mensuales

Indique en formato número, el importe total de los tratamientos que recibe de manera mensual.

Ejemplo: 450

Si aún no acude a ninguna sesión, indica el importe presupuestado necesario tras la valoración del profesional.

N° miembros que conviven en la unidad familiar y composición de la misma

Ejemplo: 5 miembros, padre, madre y 3 hijos.

¿Alguno con patología o discapacidad además de la persona para la que se solicita la ayuda?

- ☐ Si ¿Quién?
- ☐ No

Nombre y apellidos del padre/tutor

Nif/Nie padre/tutor

Residencia legal en España

- ☐ SI
- ☐ No
- ☐ En trámite

Situación laboral

- ☐ Empleado
- ☐ Desempleado
- ☐ Otro:

Teléfono de contacto padre/tutor

Correo electrónico padre/tutor

Nombre y apellidos madre/tutora

Nif/Nie madre/tutora

Residencia legal en España

- ☐ SI
- ☐ No
- ☐ En trámite

Situación laboral

- ☐ Empleado
- ☐ Desempleado
- ☐ CUME
- ☐ Otro:

Teléfono de contacto madre/tutora

Correo electrónico madre/tutora

Ingresos anuales unidad familiar

Suma total de los ingresos totales de todos los miembros que conviven en la unidad familiar en bruto anual. (casilla 0012 y en rentas conjuntas suma de las 2 casillas 0012)

Seleccione tantas opciones como corresponda

- ☐ Familia monoparental (sin manutención)
- ☐ Convivencia con familiares de segundo grado
- ☐ Víctima de violencia de género
- ☐ Otros datos de interés

Declaración responsable, protección de datos y autorizaciones

Declaración responsable

La persona solicitante declara que la información facilitada en esta solicitud es veraz y que se compromete a comunicar a la Asociación Caminando con Laia cualquier modificación relevante que pueda afectar a la ayuda solicitada.

Autorización de pago al centro terapéutico

En caso de concesión de la ayuda, autorizo a la Asociación Caminando con Laia a realizar el pago directamente al centro terapéutico donde se realicen los tratamientos correspondientes.

Protección de datos

Los datos personales recogidos en esta solicitud serán tratados por la Asociación Caminando con Laia con la finalidad de gestionar la convocatoria de ayudas terapéuticas, de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos.

Autorización voluntaria para difusión y captación de fondos

☐ Autorizo a la Asociación Caminando con Laia a utilizar **de forma parcial y anonimizada** la información relativa al caso presentado (sin datos identificativos) con fines de sensibilización, difusión o captación de fondos para el desarrollo de los proyectos de la asociación.

En ningún caso se publicarán datos personales identificativos sin autorización expresa.

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Firma: _____

Fecha: _____

Asociación Caminando con Laia

Email: caminandoconlaia@gmail.com

Teléfono: 655451256

Contacto para consultas sobre esta convocatoria: Julia M Peña - Presidenta.