

Anexo 1

FORMULARIO DE SOLICITUD BECAS PAULA

Datos del solicitante

Nombre:		DNI/NIE/Pasaporte:	
Apellidos:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio:			
Localidad:	Provincia:	C.P:	
Correo electrónico:	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	

Datos del cónyuge/ pareja del solicitante (cuando el paciente es menor de edad o no está emancipado)

Nombre:		DNI/NIE/Pasaporte:	
Apellidos:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio:			
Localidad:	Provincia:	C.P:	
Correo electrónico:	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	

Datos sanitarios del paciente

Nombre (<i>si no coincide con el solicitante</i>):	Nº tarjeta sanitaria:
Apellidos (<i>si no coincide con el solicitante</i>):	Fecha de nacimiento <i>si no coincide con el solicitante</i> :
Parentesco o vinculación con el solicitante (<i>si no coincide con el solicitante</i>):	
Hospital/es de referencia en su seguimiento:	
Correo electrónico (<i>si no coincide con el solicitante</i>):	

Conceptos de ayudas

* Marque con una X lo que proceda pudiendo marcar más de una opción.

<input type="checkbox"/>	Adquisición, renovación y/o reparación de tratamiento ortodoncia
<input type="checkbox"/>	Asistencia complementaria a AT por otros profesionales (logopedia) para niños de 0-6 años.
<input type="checkbox"/>	Asistencia logopédica fuera del sistema sanitario público para niños mayores 6 años (6-18 años) y adultos
<input type="checkbox"/>	Desplazamiento
<input type="checkbox"/>	Manutención y alojamiento

Documentos aportados

<input type="checkbox"/> Solicitud
<input type="checkbox"/> Copia DNI/NIE/Pasaporte
<input type="checkbox"/> Copia de Declaración de la Renta.
<input type="checkbox"/> Informes médicos o clínicos (especificar):
<input type="checkbox"/> Justificante de asistencia, donde conste días de ingreso o asistencia, firmado y sellado por centro sanitario.
<input type="checkbox"/> Justificantes de gastos de transportes
<input type="checkbox"/> Justificante de estancias

*** La justificación del o los conceptos se limitan a una única ayuda por solicitante con hasta un importe máximo de.....€,**

En a dede 201...

FIRMA

Anexo 2

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ACEPTACION DE CONVOCATORIA DE BECAS PARA AYUDAS A PERSONAS Y FAMILIAS CON FISURAS LABIO PALATINAS DE ASAFILAP

Enterado de la adjudicación de Becas convocadas por ASAFILAP:

Don/Doña:.....D.N.I.....

Con domicilio en.....C.P:.....

Dirección:.....

Teléfono fijo:..... Teléfono móvil:..... Fax:.....

Correo electrónico.....

Actuando en su propio nombre, DECLARA responsable y expresamente que conoce y acepta las bases de la presente convocatoria.

En..... a..... dede 201...

FIRMA:

ANEXO 3

ALEGACIONES

Datos del solicitante

Nombre:		DNI/NIE/Pasaporte:	
Apellidos:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio:			
Localidad:	Provincia:	C.P:	
Correo electrónico:	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	

EXPONE

Que se considera con derecho al beneficio de beca ASAFILAP o a las cantidad de
 (especifique con el mayor detalle posible) basándose en las alegaciones que se
 detallan a continuación:



Documentos que se acompañan:

- 1.º _____
- 2.º _____
- 3.º _____
- 4.º _____
- 5.º _____

*** El interesado deberá aportar también copia del documento en el que se deniega la beca o ayuda.**

En a dede 201...
FIRMA: