

## ANEXO I

Informe médico emitido por el facultativo D..... Colegiado nº.....

En el que hace constar que D/Dª.....

Presenta dificultades de movilidad que le impiden el acceso a dependencias  
esenciales de su vivienda.

Diagnóstico justificativo.....

**ANEXO II**  
**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA INDIVIDUAL PARA LA ADQUISICIÓN DE AYUDA  
TÉCNICA Y ELIMINACIÓN DE BARRERAS SB20**

---

<b>DATOS PERSONALES:</b>	
Apellidos:	Nombre:
DNI/NIF:	Fecha de nacimiento:
Número de miembros de la unidad familiar:	Teléfono de contacto:
Domicilio(Deberá corresponder con el lugar donde resida de manera efectiva y continuada): - Dirección: - Localidad: - Provincia: - Código postal:	

<b>DATOS DEL REPRESENTANTE, EN SU CASO:</b>	
Apellidos:	Nombre:
DNI/NIF:	teléfono de contacto:
Domicilio(Deberá corresponder con el lugar donde resida de manera efectiva y continuada) - Dirección - Localidad: - Provincia: - Código postal:	

**EXPONE:**

Que yo/ la persona a la que represento (táchese lo que no proceda) reúno/reúne los requisitos exige la Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad de Castilla-La Mancha, el Decreto 158/1997, de 2 de diciembre, del Código de Accesibilidad; Orden de convocatoria y demás normativa de general y pertinente aplicación y de conformidad con el Decreto 89/2003, de 27 de mayo, sobre Presentación de Solicitudes de Subvenciones, Ayudas Publicas y Prestación de Servicios,

**SOLICITA:**

La concesión de una

- Ayuda Técnica.  
 Ayuda de Eliminación de Barreras.

Para .....  
.....  
por la cantidad.....€

**MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA INVERSIÓN O ACTIVIDAD A REALIZAR (\*)**

(1)

**CUANTÍA DE LA INVERSIÓN O ACTUACIÓN PROYECTADA**

Cuantía de la Inversión total (Incluido IVA) (En cifras)  
..... Euros.

(En letras)

.....

.....Euros

**DESGLOSE DE LA INVERSIÓN:** (Especificar las partidas o conceptos que integran la misma)

**IMPORTE DE LA SUBVENCIÓN SOLICITADA:**

**FORMA DE FINANCIACIÓN:**

(1) Indicar:

- Localización de la inversión o actividad subvencionable.
- Plazo de ejecución previsto.

- Los criterios que se consideran adecuados para la valoración de solicitud de entre los enumerados en la base novena de la Orden.

(\*) Si el espacio habilitado para la memoria descriptiva fuese insuficiente, se podrán añadir cuantas hojas se consideren necesarias para una buena comprensión del proyecto.

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Tener reconocido / la persona a la que represento tiene reconocido (táchese lo que no proceda) un grado de discapacidad de ..... %, por resolución de (indicar organismo) de fecha .....  
.....

- Imposibilidad de acceso a dependencias esenciales de la vivienda habitual (para mayores de 70 años)  
**SI**  **NO**

- Los rentas o rendimientos personales (seis meses anteriores a la solicitud) y patrimoniales (valor del final del año anterior a la solicitud) del solicitante y su unidad familiar son de ..... €.

- El valor catastral de los bienes inmuebles de naturaleza rústica y urbana, excluida mi vivienda habitual, es de.....€.

- El importe de los saldos medios de las cuentas bancarias del solicitante o de la persona a la que represento (táchese lo que no proceda) en los noventa días anteriores a la solicitud y a fecha de presentación de la misma es, respectivamente, de: ..... € y .....€

- Los saldos medios de las cuentas bancarias de los miembros de la unidad familiar (excluido el solicitante o representado) en los noventa días anteriores a la solicitud y a fecha de presentación de la misma es, respectivamente, de:

D./D <sup>a</sup> .....	Parentesco.....
Saldo:.....€	Saldo:.....€
D./D <sup>a</sup> .....	Parentesco.....
Saldo:.....€	Saldo:.....€
D./D <sup>a</sup> .....	Parentesco.....
Saldo:.....€	Saldo:.....€
D./D <sup>a</sup> .....	Parentesco.....
Saldo:.....€	Saldo:.....€

- El importe de las cotizaciones satisfechas por Seguridad Social en el mismo periodo y cantidades abonadas por derechos pasivos es de ..... €.

- El importe de las cantidades satisfechas en concepto de alimentos es de ..... €.

- El importe satisfecho por gastos de enfermedad grave o intervención quirúrgica es de ..... €.

- El importe de las deudas respecto al patrimonio es de ..... €.

- Ostentar la titularidad/ ser de titularidad de la persona a la que represento, la vivienda o contar con la autorización del propietario (táchese lo que no proceda), para el supuesto de que se solicite subvención para obras de reforma para eliminación de barreras.
- Contar con la autorización de la comunidad de propietarios cuando se trate de eliminación de barreras en espacios comunes de edificios en comunidades de vecinos. Asimismo mi comunidad de vecinos cuenta con un número de cuotas mensuales de.....y mi cuota mensual de comunidad es de.....
- Hallarse al corriente (yo/ la persona a la que represento) en el pago de obligaciones por reintegro de subvenciones públicas.
- No haber sido sancionado mediante resolución firme con la pérdida de la posibilidad de obtener subvenciones según la ley General de Subvenciones o la Ley General Tributaria.
- No encontrarse incurso (yo/la persona a la que represento) en ninguna de las circunstancias que determina el art. 13 de la Ley General de Subvenciones.
- Hallarse al corriente (yo/ la persona a la que represento) en el pago de obligaciones tributarias y con la Seguridad Social.
- Que son ciertos los datos que figuran en la presente solicitud y me comprometo a su acreditación en la forma y plazos que se determinen en la notificación del órgano instructor. De no hacerlo así en el plazo señalado, se me tendrá por desistido de la solicitud, y la inexactitud de lo declarado, falsedad u ocultación de datos podrá ser causa de denegación de la ayuda.
- Asimismo declaro bajo mi responsabilidad que mi domicilio fiscal se halla en el municipio de ..... y que la inversión objeto de la subvención concedida se encuentra localizada en el municipio de ....., ambos dentro del territorio de Castilla – La Mancha.

**AUTORIZO a la Consejería de Bienestar Social para:**

- Obtener en su nombre los certificados de estar al corriente en cuanto al cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social y de domicilio fiscal en Castilla-La Mancha:  
**SI**  **NO**
- Acceder a la comprobación de los datos catastrales declarados en la solicitud: **SI**  **NO**

En ambos casos, en el supuesto de que no se marque ninguna casilla se entiende que Sí autoriza.

**En Toledo, a ..... de ..... de 200...**

**Fdo. D/D<sup>a</sup>.....**

Los datos suministrados en este formulario quedarán incorporados a un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita, y serán tratados con el grado de protección adecuado. El usuario podrá ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y opción a que se refiere el art. 5.1.d. de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, siendo los datos del responsable del fichero, los siguientes:

CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL  
SECRETARÍA GENERAL  
AVENIDA DE FRANCIA, 4; 45071.- TOLEDO