



Usurbilgo Udala

## DESGAITASUNA EDOTA MENDEKOTASUNA DUTEN ADIN TXIKIKOEN OSASUNA HOBETZEKO TRATAMENTUETARAKO DIRULAGUNTZA ESKAERA

SOLICITUD DE AYUDAS ECONOMICAS DIRIGIDAS A MENORES CON DISCAPACIDAD Y/O  
DEPENDENCIA QUE RECIBAN TRATAMIENTO PARA MEJORAR SU SALUD

### 1.- ESKATZAILEAREN DATUAK/DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

<b>Lehen abizena/Primer apellido</b>	<b>Bigarren abizena/Segundo apellido</b>	<b>Izena/Nombre</b>	<b>NAN – AIZ /DNI – NIE</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Jaioteguna/Fecha de nacimiento</b>	<b>Nazionalitatea/Nacionalidad</b>	<b>Sexua/Sexo</b>	<b>Egoera zibila/Estado Civil</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	G/H <input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Helbidea/Dirección:</b>	<input type="text"/>		
<b>PK/CP:</b>	<b>Herria/Municipio:</b>	<b>Probintzia/Provincia:</b>	<b>Telefonoa/Telf.:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tratamendua jasotzen duen adin txikikoarekin duen ahaidetasuna</b> Relación con la persona menor que recibe el tratamiento		<input type="text"/>	

### 2.- TRATAMENDUA JASOTZEN DUEN ADIN TXIKIKOAREN DATUAK/DATOS DEL/DE LA MENOR QUE RECIBE EL TRATAMIENTO

<b>Lehen abizena/Primer apellido</b>	<b>Bigarren abizena/Segundo apellido</b>	<b>Izena/Nombre</b>	<b>NAN-AIZ-PAS/DNI-NIE-PAS</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Jaioteguna/Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexua/Sexo</b>		<b>Ezgaitasuna</b>
<input type="text"/>	<b>Gizonezkoa/Hombre</b> <input type="checkbox"/>	<b>Emakumezkoa/Mujer</b> <input type="checkbox"/>	<b>Minusvalía</b> <input type="checkbox"/>
<b>Helbidea/Dirección:</b>	<input type="text"/>		
<b>PK/CP:</b>	<b>Herria/Municipio:</b>	<b>Probintzia/Provincia:</b>	<b>Mendekotasuna</b> <input type="checkbox"/> Dependencia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3.- JASOTAKO TRATAMENDUA/TRATAMIENTO RECIBIDO:

<b>Fisioterapia/Fisioterapia</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Terapia okupazionala/Terapia ocupacional</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Osteopatia/Osteopatia</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Psikologia/Psicología</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Terapia bereziak/Terapia especial</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Optometria-terapia bisualak/Optometria-terapia visual</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Besteak / Otros</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Tratamendua/Tratamiento:</b> <input type="text"/>	

<b>Tratamenduaren preskripzio data</b> Fecha de prescripción del tratamiento:	<input type="text"/>
--	----------------------

### 4.- BESTEAK/OTROS

Ezgaitasunaren edo mendekotasunaren eremuan lanean ari diren elkarteak.

<b>Ezagutzen ditugu/ Tenemos conocimiento de ellas</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Zeintzuk?/ Cuáles?:</b>	<input type="text"/>
<b>Hartu-emana badugu/Tenemos relación con ella/s</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Ze elkartekin?/Con qué asociación/es?:</b>	<input type="text"/>



Usurbilgo Udala

Bazkidea naiz/Somos socio/as	<input type="checkbox"/>	Ze elkartekoa?/De qué asociación/es?:	
Besteak/Otros:			

**Eskaera honen bidez Usurbilgo Udalak Desgaitasuna edota Mendekotasuna duten adin txikikoen jasotako tratamenduak ordaintzeko ematen dituen dirulaguntzak jasotzea ESKATZEN DUT** Por la presente SOLICITO subvención para abonar los gastos originados por tratamiento/s destinados a menores con minusvalía y/o dependencia.

**Eskaerarekin aurkezten ditudan agiriak**/Junto con la solicitud se presenta la siguiente documentación:

- Eskatzailearen edo/eta ordezkariaren NAN agiriaren kopia**  
Fotocopia del DNI del solicitante y/o representante
- Familia liburua edo tutoretza adierazten duen agiria**  
Libro de familia o documento que indique la tutela del/de la menor
- Adin txikikoak tratamenduaren beharra duela adierazten duen ziurtagiria (profesionalak eginikoa).**  
Certificado en el que conste la necesidad de tratamiento para el/la menor (realizado por un profesional)
- Aurreko urtean jasotako tratamenduan egindako gastuen fakturak/**  
Facturas del gasto realizado en el tratamiento el año anterior
- Dirulaguntza kobratzeko erabiliko duen kontuaren bankuko frogagiria edo libretaren fotokopia/**  
Justificante bancario o fotocopia de la libreta de la cuenta donde se quiere cobrar la ayuda.

**Dirulaguntza osagarria eskatzeko**/Para solicitar la ayuda complementaria:

- Foru Ogasunak emandako ziurtagiria, errenta aitortpena aurkeztera behartuta ez daudela adierazten duena**  
Certificado expedido por la Hacienda Foral de no estar obligado/as a presentar declaración de la renta.
- Eskabidea egin aurreko zergaldiari dagokion Pertsona Fisikoen Errentaren gaineko Zergaren aitortpena**  
Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente al período impositivo vencido inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud.
- Amaitutako azkeneko zergaldiaren urtean izandako diru-sarrerei dagozkien agiriak (nomina, pentsioak, dirulaguntzak, eta abar)**  
Documentación correspondiente a los ingresos habidos en el ejercicio impositivo vencido inmediatamente anterior a la fecha de solicitud (nóminas, pensiones, subvenciones, etc.)

**NIRE ERANTZUKIZUNARENPEAN AITORTZEN DUT** egitazkoak direla eskaera honetan azaltzen diren datuak eta aurrerantzean gerta daitekeen edozein aldaketaren berri Usurbilgo Udaleko Oinarrizko Gizarte Zerbitzuetan emateko dudana obligazioaren jakinean geratzen naiz. Halaber, Oinarrizko Gizarte Zerbitzuei eskabidea izapidetzeko beharrezko erizitako datuak begiratzeko baimena ematen diet.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y quedo enterado-a de la obligación de comunicar a los Servicios Sociales de Base del Ayuntamiento de Usúrbil cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo. Así mismo, autorizo a los Servicios Sociales de Base, a la comprobación de aquellos datos que considere necesarios para la tramitación de la solicitud.

Usurbilen, 20  ko  ren  (e)an.

Usurbil, a  de  de 20 .

**Sinadura/Firma:**