

**SOLICITUDE DE AXUDAS INDIVIDUAIS PARA USO DO SERVIZO DE TAXI ADAPTADO**

|                                                                                                                                                                                        |           |                              |           |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|----------|
| <b>Solicitante</b>                                                                                                                                                                     |           |                              |           |          |
| DNI-NIF/NIE                                                                                                                                                                            |           | Nome e apelidos/Razón social |           |          |
| Correo electrónico                                                                                                                                                                     |           |                              | Teléfono  |          |
| <b>Representante</b>                                                                                                                                                                   |           |                              |           |          |
| DNI-NIF/NIE                                                                                                                                                                            |           | Nome e apelidos              |           | Teléfono |
| Tipo de representación <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Gardador de feito <input type="checkbox"/> Nai / Pai / Titor/a da persoa menor de 18 anos |           |                              |           |          |
| <b>Medio de notificación</b>                                                                                                                                                           |           |                              |           |          |
| <input type="checkbox"/> Por correo postal                                                                                                                                             |           |                              |           |          |
| Rúa/....                                                                                                                                                                               |           | Núm.                         | Escaleira | Planta   |
| CP                                                                                                                                                                                     | Municipio | Provincia                    |           | Pais     |
| <input type="checkbox"/> Por medios electrónicos                                                                                                                                       |           |                              |           |          |
| Correo electrónico (no caso de que se actúe a través de representante)                                                                                                                 |           |                              |           |          |

|                                               |                     |
|-----------------------------------------------|---------------------|
| <b>Datos da convocatoria</b>                  |                     |
| Denominación                                  | Ano                 |
| Lugar de publicación (boletín oficial/outros) | Data de publicación |

|                                    |                                                                                                                                                                |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Modalidade pola que se opta</b> | <input type="checkbox"/> Persoa con discapacidade e mobilidade reducida                                                                                        |
|                                    | <input type="checkbox"/> Persoa con discapacidade visual que implique un grao de limitación na actividade igual ou superior ao 75 %                            |
|                                    | <input type="checkbox"/> Persoa sometida a tratamento en centro hospitalario da cidade, que dificulte a condución de vehículo e o uso de transporte colectivo. |
|                                    | <input type="checkbox"/> Persoa con discapacidade e residente no contorno rural                                                                                |
|                                    | <input type="checkbox"/> Persoa afectada por doenza que lle impida a condución de vehículos e residente no contorno rural                                      |
|                                    | <input type="checkbox"/> Persoa maior e residente no contorno rural                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentación</b>                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>A achegar polo interesado:</b>                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> DNI-NIF/NIE da persoa solicitante                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> DNI-NIF/NIE do representante, se procede                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Acreditación da representación, se procede (marcar no Anexo 1 os documentos achegados)                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> No caso de menores de idade, libro de familia ou, de non o ter, a documentación oficial que o substitúa                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> No caso de estar afectado por algunha discapacidade, certificado ou tarxeta acreditativa da devandita situación.                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> No caso de estar afectado por algunha doenza que lle impida a condución de vehículos, informe médico que acredite literalmente esta limitación                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> No caso de estar afectado por algunha enfermidade que requira tratamentos administrados en centros hospitalarios da cidade e que dificulte a condución de vehículo ou o uso de transporte público, informe médico que o acredite |
| <input type="checkbox"/> No caso de estar afectado por unha discapacidade visual que implique un grao de limitación na actividade diaria, nun grao igual ou superior ao 75 %, certificado de discapacidade ou informe médico que o acredite               |
| <input type="checkbox"/> Certificado bancario co código IBAN da conta na que desexa que ingresen a prestación no caso de que sexa concedida                                                                                                               |
| <b>No caso de non autorizar á consulta de datos ao concello, presentará ademais:</b>                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> IRPF da persoa solicitante                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Acreditación do empadramento e convivencia                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Certificación da Axencia Estatal da Administración Tributaria (AEAT) de estar ao corrente coas obrigas tributarias                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Certificación da Axencia Tributaria de Galicia (ATRIGA) de estar ao corrente coas obrigas tributarias                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Certificación da Tesoureira Xeral da Seguridade Social (TXSS) de estar ao corrente coas obrigas                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Certificación do Concello de Santiago de Compostela de estar ao corrente coas obrigas tributarias                                                                                                                                |

**A persoa que solicita DECLARA:**

- Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos, que non se omite ningún dato e que coñece as posibles responsabilidades existentes nos supostos de ocultación, falseamento ou calquera outra actuación fraudulenta.
- Que reúne os requisitos esixidos e acepta todos os termos incluídos nesta convocatoria, polo que solicita a devandita prestación económica.
- Que está ao corrente no cumprimento das súas obrigas tributarias (AEAT e ATRIGA), coa Seguridade Social e co Concello de Santiago de Compostela.
- Que acepta as actuacións de comprobación que acorden realizar dende a Área de Acción Social do Concello de Santiago.
- Que se compromete a comunicar ao Concello de Santiago de Compostela a obtención doutras subvencións, axudas, ingresos ou recursos polo mesmo fin.

**AUTORIZACIÓN ao concello de Santiago de Compostela para a consulta de datos persoais**

De acordo cos artigos 6 e 7 da Lei orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais,

**AUTORIZO** expresamente ao Concello de Santiago de Compostela a solicitar ao Padrón Municipal, ás distintas Administracións Públicas os datos relativos o cumprimento das obrigas tributarias ou fronte a Seguridade Social e demais datos económicos precisos segundo o establecido nesta convocatoria. Esta autorización outórgase exclusivamente para os efectos de comprobar o cumprimento dos requisitos establecidos para solicitar e percibir as axudas individuais para uso do servizo de taxi para persoas con dificultades de mobilidade ou que presentan limitacións para o uso do transporte colectivo do concello de Santiago de Compostela.

- PRESTO O MEU CONSENTIMENTO** para a reutilización polo Concello dos documentos achegados
- NON PRESTO O MEU CONSENTIMENTO** para que os datos ou documentos necesarios para o trámite desta solicitude sexan obtidos mediante consulta a outras administracións

Data da solicitude,

Sinatura

## ANEXO 1: DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DA REPRESENTACIÓN

*En todos os casos é preciso achegar o DNI-NIF/NIE da persoa representada e da representante*

### **Para a representación de persoas físicas maiores de idade (sinale o que corresponda)**

- Poder notarial
- Apoderamento outorgado mediante comparecencia
- Outros documentos legais de representación maiores de idade

### **Para a representación de persoas con discapacidade (sinale o que corresponda)**

- Resolución xudicial
- Declaración de gardador de feito<sup>1</sup>

### **Para a representación de persoas xurídicas (sinale o que corresponda)**

- Escritura pública
- Poder notarial

### **Para a representación de herdanzas xacentes, comunidades de bens ou outras entidades sen personalidade xurídica (sinale o que corresponda)**

- Escritura pública
- Poder notarial

### **En caso de representación de persoas menores de idade (sinale o que corresponda)**

- Libro de familia
- Resolución xudicial ou administrativa
- Outros documentos legais de representación

(1) Poden presentar solicitudes en nome da persoa con discapacidade