

Denominación: MÉDICO EN FORMACIÓN EN ILT – Educación Infantil (0-3 años)

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste de escuela infantil (guardería) de hijos en edades de 0 a 3 años.

Tipología

Prestación económica de carácter puntual asistencial.

Colectivo Destinatario

Socios protectores (médicos/as jóvenes), en etapa de formación (MIR u otros), en situación de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT).

Funciones

Ayudar económicamente al médico joven en formación ante una situación de ILT, para afrontar el coste de la escuela infantil (guardería) de hijos de 0 a 3 años.

Aportación

Hasta un **65%** del coste-ayuda*, siendo el tope máximo de **300 €/mes**, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar (UF).

Ingresos/año	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 18.000 € año/ miembro UF	65 % del coste
De 18.001 € hasta 25.000 € año/miembro UF	35 % del coste
Más de 25.001 € año/ miembro UF	--

* Coste-Ayuda: coste del servicio, salvo que éste supere el tope máximo establecido por la fundación, en cuyo caso será el tope. Cualquier ayuda de otro organismo para este concepto se restará del coste-ayuda.

Requisitos de acceso

- Ser socio protector de la Fundación.
- Tener un hijo a su cargo, de 0 a 3 años, matriculado/a en una escuela infantil (guardería) cuyo coste afronta con sus ingresos.
- Encontrarse en etapa formativa (MIR u otra), en los 5 años siguientes a finalizar el grado de medicina.
- Estar en situación de incapacidad laboral transitoria (ILT) y, a casusa de ello, tener disminuidos sus ingresos mensuales.

Documentación requerida

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- N.I.F. del socio protector.
- N.I.F. del hijo/a.
- Libro de familia.
- Título de familia numerosa o familia monoparental, en caso de tener reconocida la condición.
- Copia de las bajas mensuales por ILT.
- Contrato de trabajo que acredite ser MIR u otra situación de formación-trabajo.
- Copia de las dos últimas nóminas consecutivas: sin/con ILT.
- Copia de la factura mensual de la escuela infantil (guardería) a la que acuda el hijo/a.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UF, según el caso:
 - Declaración de la renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la UF obligados a declarar, En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UF.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UF.
- Declaración jurada de no recibir ayudas de otras entidades públicas o privadas para el mismo fin o justificante de subvención recibida por parte de otro organismo para este mismo concepto, si procede.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Solicitudes

- Plazo: En el mes de junio o diciembre.
- Renovación: Semestralmente.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL – MÉDICO EN FORMACIÓN EN ILT – EDUCACIÓN INFANTIL (0-3 AÑOS)

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación.

Datos del colegiado/a:

Nº de colegiado/a: _____ N.I.F.: _____
Nombre y apellidos: _____

Informe a emitir por el Colegio Oficial de Médicos de:

Situación colegial como socio protector: Fecha de alta: _____ Fecha de baja: _____ Motivo de la baja: _____

Estar al corriente de sus aportaciones como socio protector: SÍ NO (marcar lo que proceda)

Si es moroso, indicar: Cuantía de las aportaciones pendientes: _____

Reclamación de la deuda: SÍ. Especificar la reclamación: _____

NO. Motivo: _____

Firmado: El/La Secretario/a General,

Datos del beneficiario/a (socio protector):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Nº IBAN ES _____

Datos del tutor/a (en caso de incapacidad legal):

Nombre y apellidos: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Nº: _____ Piso: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: Fijo: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

El/La Dr./Dra.: _____ Solicita le sea concedida la ayuda establecida por la Fundación para escuela infantil (guardería) de su hijo/a.

Nombre y apellidos del usuario/a de la ayuda: _____

N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: _____

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la Responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. **Base de legitimación:** consentimiento del interesado. **Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. **Obligación de facilitar los datos:** los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. **Criterios de conservación de los datos:** sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. **Derechos que asisten al interesado:** derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** calle Cedaceros 10, 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

Documentación a entregar – Solicitud de alta

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado. ▪ N.I.F. del Socio Protector. ▪ N.I.F. del hijo/a. ▪ Libro de familia. ▪ Título de familia numerosa o familia monoparental, en caso de tener reconocida la condición. ▪ Copia de las bajas mensuales por ILT. ▪ Contrato de trabajo que acredite ser MIR u otra situación de formación-trabajo. ▪ Copia de las dos últimas nóminas consecutivas: sin/con ILT. ▪ Copia de la factura mensual de la escuela infantil (guardería) a la que acuda el hijo/a. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UF, según el caso: <ul style="list-style-type: none"> - Declaración de la renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la UF obligados a declarar, En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UF. - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UF. ▪ Declaración jurada de no recibir ayudas de otras entidades públicas o privadas para el mismo fin o justificante de subvención recibida por parte de otro organismo para este mismo concepto, si procede. ▪ Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación. |
|--|---|

SOLICITUD DE PRÓRROGA SEMESTRAL – ASISTENCIAL – MÉDICO EN FORMACIÓN EN ILT - EDUCACIÓN INFANTIL (0-3 AÑOS)

Enviar al Colegio Oficial de Médicos de su provincia antes del 31 de agosto (1º semestre) o antes del 28 de febrero (2º semestre).

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS: _____

D./D^a (nombre y apellidos): _____

con N.I.F.: _____, al mantenerse las mismas circunstancias que dieron lugar a la protección por parte de esta Fundación para la Protección Social de la OMC, solicito me sea concedida una **prórroga (semestral)** en la prestación que vengo percibiendo.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es la responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de los siguientes contenidos acerca del tratamiento. **Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC y que son remitidas por los solicitantes y/o de los receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted para enviar información de la fundación que pudiera ser de su interés: actividades de la fundación, invitación a eventos etc. **Base de legitimación:** consentimiento del interesado. **Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos Provincial al que pertenezca con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados y a las Administraciones Públicas para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. **Obligación de facilitar los datos:** los campos requeridos son de cumplimiento obligatorio ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento. **Criterios de conservación de los datos:** sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. **Derechos que asisten al Interesado:** derecho a retirar el consentimiento en todo momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos para ejercer sus derechos:** calle Cedaceros 10, 28014, Madrid o dpo@cgcom.es.

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

Firma del/a solicitante,

OBLIGATORIO CONFIRMACIÓN DE DATOS DE CONTACTO (Cumplimentar en letra mayúscula):

D./D^a: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

DOCUMENTACIÓN PARA LA RENOVACIÓN

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- Título de familia numerosa, si no ha sido aportado con anterioridad.
- Declaración de renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la UF obligados a declarar. En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar certificado de imputaciones del I.R.P.F. de todos los miembros de la UF.
- Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UF.
- Copia de las bajas mensuales por ILT.
- Últimas facturas abonadas a la escuela infantil (guardería).