



**ANNEX 1: SOL·LICITUD DE BEQUES AMB CÀRREC A L'ASSIGNACIÓ TRIBUTÀRIA DEL 0,7% IRPF
BECA "TERÀPIA PER L'ALZHEIMER"**

D/D^a amb DNI
núm. , resident a la localitat a l'adreça
..... i el seu
familiar cuidador en qualitat de representant familiar
..... amb DNI núm.
amb telèfon de contacte i correu electrònic
.....,

SOL·LICITA a l'Associació d'Alzheimer i altres trastorns neurocognitius de Reus i Baix Camp ser beneficiari de les beques que assenyalo seguidament:

A. Línia beques per a plaça al Centre Terapèutic d'estimulació cognitiva per a l'Alzheimer i La Unitat de la Memòria:

1. Centre Diürn Especialitzat en Alzheimer plaça jornada **D6**, de dilluns a dissabte de 08.00h a 18.00h
2. Centre Diürn Especialitzat en Alzheimer plaça jornada **D5**, de dilluns a divendres de 08.00h a 18.00h
3. Centre Diürn Especialitzat en Alzheimer plaça jornada **D2/D3**, dimarts i dijous de 08.00h a 18.00h o dimarts, dijous i dissabte
4. Unitat d'Estimulació Cognitiva plaça **UEC3**, dilluns, dimecres i divendres de 10.00h a 13.00

B. Beca Transport Adaptat .

L'horari preferent d'acudir al centre és: Entrada a lesh aprox. I sortida a lesh aprox.

C. Beca Menjador .

Com a representant/familiar cuidador DECLARO RESPONSABLEMENT

- a) Ser una persona usuària del Centre diürn terapèutic i La Unitat de Memòria o donar-se d'alta al Centre en els següents 15 dies de la resolució de la seva sol·licitud de beca.
- b) La persona beneficiària acredita a nivell individual uns ingressos anuals iguals o inferiors a 20.500€ bruts. (Només a les línies de plaça i de menjador).
- c) Presentar un trastorn neurocognitiu o deteriorament cognitiu.
- d) Disposar del reconeixement de situació de dependència o sol·licitar-la a la Generalitat de Catalunya en un termini màxim de 30 dies a comptar des de la data de presentació de la sol·licitud d'aquesta beca.

- e) Ser soci/a de l'entitat algun membre de la unitat familiar quan la persona usuària sigui beneficiària d'una beca.

Declaro, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, que la documentació que s'adjunta és una còpia idèntica del document original, que compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i que estic assabentat/da de l'obligació de comunicar al Centre qualsevol variació que modifiqués les condicions per a ser beneficiari/a dels ajuts.

I per que així consti, firmo aquesta sol·licitud a a data de de 202.....

D / D^a
 Persona Usuària o representat familiar

DOCUMENTACIÓ ESENCIAL A ADJUNTAR A LA SOL·LICITUD (Indicar amb creu):

- DNI
- Ingressos anuals exercici tancat anterior
- Sol·licitud o resolució Dependència

DATA I HORA DE RECEPCIÓ DE LA SOL·LICITUD

REBUT PER (indicar nom professional que atén):

PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS (Informació bàsica)	
De conformitat amb el Reglament General (UE) 2016/679 de Protecció de Dades i la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals i garanties dels drets digitals, de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades.	
Responsable	L'ASSOCIACIÓ D'ALZHEIMER I ALTRES TRASTORNS NEUROCOGNITIVUS DE REUS I BAIX CAMP
Finalitat	Recollida de les dades per agilitzar les gestions i serveis professionals de salut.
Legitimació	Consentiment de l'interessat o del seu representant legal.
Destinataris	No es cediran dades a tercers excepte per obligació legal o interès contractual.
Drets	Accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets que s'identifiquen en la +info adicional RGPDUÉ
Informació adicional	Pot consultar la informació adicional i detallada sobre protecció de dades a la nostra pàgina web: www.alzheimer-reus.org/informacio-addicional-rgpdue/
Signatura	Com a prova de conformitat amb lo que s'ha manifestat sobre el tractament de les meves dades personals o, si escau, de la persona a qui represento, signo la present. Nom i Cognoms,