



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

D/D<sup>a</sup> ..... 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 09.00h a 17.00h
2. Centre Diürn Especialitzat en Alzheimer plaça jornada **D5**, de dilluns a divendres de 09.00h a 17.00h
3. Centre Diürn Especialitzat en Alzheimer plaça jornada **D2**, dimarts i dijous de 09.00h a 17.00h
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 les .....h aprox. I sortida a les .....h aprox.

**C. Beca Menjador .**

**Com a representant familiar/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 20.000€ 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.

Declaro, sota la meua 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 2021

D / D<sup>a</sup> .....  
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): .....

<b>PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS (Informació bàsica)</b> De conformitat amb el <b>Reglament General (UE) 2016/679</b> de Protecció de Dades i la <b>Llei Orgànica 3/2018</b> 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.	
<b>Responsable</b>	<b>L'ASSOCIACIÓ D'ALZHEIMER I ALTRES TRASTORNS NEUROCOGNITIUS DE REUS I BAIX CAMP</b>
<b>Finalitat</b>	Recollida de les dades per agilitzar les gestions i serveis professionals de salut.
<b>Legitimació</b>	Consentiment de l'interessat o del seu representant legal.
<b>Destinataris</b>	No es cediran dades a tercers excepte per obligació legal o interès contractual.
<b>Drets</b>	Accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets que s'identifiquen en la <a href="#">+info adicional RGPDUÉ</a>
<b>Informació adicional</b>	Pot consultar la informació adicional i detallada sobre protecció de dades a la nostra pàgina web: <a href="http://www.alzheimer-reus.org/informacio-addicional-rgpdue/">www.alzheimer-reus.org/informacio-addicional-rgpdue/</a>
<b>Signatura</b>	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,