



APÉNDICE II  
SOLICITUD DE AYUDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

-REGISTRO DE ENTRADA-

(SÓLO SE CUMPLIMENTARÁ EN EL CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD EN FORMATO PAPEL)

Sólo utilizable por el primer Registro  
que reciba esta solicitud

| DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE   |  |
|--|--|
| DNI/NIE _____ TIM _____  | PERSONA VINCULADA A LAS FAS DE LA QUE EL SOLICITANTE DERIVA SU DERECHO (1) |
| APELLIDOS _____  | DNI/NIE _____ TIM _____  |
| NOMBRE _____   | APELLIDOS _____  |
| EMPLEO _____ ESTADO CIVIL _____  | NOMBRE _____   |
| DESTINO _____  | FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)                           |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DEL SOLICITANTE   | FECHA DE FALLECIMIENTO: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)                        |
| RELACIÓN CON LA PERSONA VINCULADA A LAS FAS DE LA QUE EL SOLICITANTE DERIVA SU DERECHO (1) | EJÉRCITO: _____ CUERPO/ESCALA/ARMA: _____                                  |
|  | EMPLEO: _____  |
| DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES _____   |  |
| LOCALIDAD _____ CP _____ PROVINCIA _____   |  |
| TELÉFONOS _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ @ _____   |  |

| BENEFICIARIOS DE LA AYUDA               |                              |                                  |                               |                       |
|---|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS | DNI/NIE DE LOS BENEFICIARIOS | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | GRADO DE DISCAPACIDAD |
|   |                              |                                  |                               |                       |
|   |                              |                                  |                               |                       |
|   |                              |                                  |                               |                       |
|   |                              |                                  |                               |                       |
|   |                              |                                  |                               |                       |
|   |                              |                                  |                               |                       |
|   |                              |                                  |                               |                       |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| OBLIGATORIO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

AUTORIZO AL MINISTERIO DE DEFENSA:

- Al acceso a los datos facilitados por otros Organismos públicos.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que todos los datos cumplimentados son ciertos y me comprometo a aportar cualquier otra documentación que me sea requerida.
- Que en este año no he solicitado ni voy a solicitar otra ayuda de acción social de la misma naturaleza en cualquier otro Plan de acción social de los OOAA del MINISDEF o de la Guardia Civil.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL SOLICITANTE

- EXCMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE PERSONAL