**MARCO REGULADOR DEL PROGRAMA DE APOYO ECONÓMICO Y O COMPLEMENTARIO A ESTUDIANTES LATINOAMERICANOS CON DISCAPACIDAD VISUAL PARA CURSAR ESTUDIOS EN LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE FISIOTERAPIA DE LA ONCE**

A través del presente marco, quedarán regulados los aspectos esenciales de este programa. Son los siguientes:

* **BENEFICIARIOS**

Podrán ser beneficiarios de este programa todos aquellos estudiantes mayores de 18 años de los siguientes países de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay, para realizar la formación de Grado en Fisioterapia en la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la ONCE (Universidad Autónoma de Madrid), y que cumplan los siguientes requisitos:

1. Visuales:
* Ceguera total
* Agudeza visual igual o inferior a 0,1 obtenida con la mejor corrección óptica posible.
* Campo visual reducido a 10 grados o menos.
1. No padecer enfermedad ni discapacidad alguna diferente a la ceguera o deficiencia visual grave, que dificulte la realización de los estudios de fisioterapia a juicio de la comisión técnica que realice el proceso de selección.

En caso de padecer enfermedades y/o presentar discapacidades distintas a las directamente relacionadas con la discapacidad visual, el aspirante deberá aportar informes médicos sobre ellas.

1. Que cumplan con los requisitos académicos de acceso al sistema universitario español que se relacionan más abajo en esta convocatoria.
* **PRESTACIONES**

**PRESTACIONES ECONÓMICAS DE CARÁCTER GENERAL**

El montante total ascenderá a una cantidad máxima de 6.500€, distribuída del siguiente modo:

**- Ayuda para alojamiento y manutención por un valor máximo de 6.000€**

**por curso académico**, que se fraccionarán en dos pagos semestrales

.Ayuda para transporte del domicilio a la escuela y viceversa de 180€ fraccionado igualmente en dos pagos semestrales.

-Ayuda para material didáctico complementario por valor de 320€ repartidos en dos semestres.

Además, se incluirán los gastos de desplazamiento de ida y vuelta del estudiante entre su país de residencia y Madrid, en cada curso académico.

Quedarán también cubiertas las tasas de presentación a las pruebas de acceso a la Universidad de la UNED en primera convocatoria y en el caso de producirse gastos de desplazamiento interno para realizar la prueba de acceso, estos quedarán igualmente cubiertos.

Para poder mantener esta beca, los estudiantes deberán superar:

* El 50% de la totalidad de los créditos correspondientes al primer curso académico (30 ECTS) y el 70% de los créditos en los posteriores(42 ECTS).

 **PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS**

Los y las estudiantes serán atendidos de acuerdo al Oficio Circular Nº 25/2024 del Director General de la ONCE sobre el programa de acciones en favor de personas ciegas, con deficiencia visual grave o sordoceguera de nacionalidad no española residentes en España o beneficiarias del derecho de asilo o la protección subsidiaria.

* **PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES**

El modo de acceso será el previsto para **estudiantes procedentes de sistemas educativos extranjeros con estudios homologables al título de Bachiller español**

* **Con Prueba de Acceso a la Universidad superada en una universidad española.**
* **A través de las Pruebas de Acceso a la Universidad que realiza la UNED en distintos países (Procedimiento UNEDasiss).**

**Toda la información sobre el Procedimiento UNEDasiss (características de las pruebas, sedes de realización de las mismas, procedimiento y plazos para la matrícula, emisión de certificaciones, etc.), puede consultarse en:** <https://unedasiss.uned.es/home>

Una vez cumplidos los requisitos anteriores, la solicitud se tramitará enviando el formulario debidamente cumplimentado y que figura como anexo I, a través de un correo electrónico a foaltec@once.es, debiendo aportar la siguiente documentación, y teniendo en cuenta que **no se admitirá a trámite ninguna solicitud que esté incompleta:**

**🞏** Pasaporte del solicitante.

**🞏** Permiso de residencia o visado (a presentar después de la admisión)

**🞏** Certificado oftalmológico en el que se haga constar la pérdida visual según los baremos establecidos con anterioridad: ceguera total, agudeza visual igual o inferior al 10% con la mejor corrección óptica posible o campo visual igual o inferior a 10 grados en ambos ojos.

**🞏** Currículum vitae con expresión de los estudios realizados, las calificaciones obtenidas, los cursos de formación referidos a habilidades para la vida diaria (de carácter social o rehabilitadores en general) y todo lo que el solicitante estime oportuno exponer, acompañado todo ello de una fotocopia compulsada de los documentos que acrediten los méritos alegados.

**🞏** Certificación de superación y nota media obtenida en la Prueba de Acceso a la Universidad Española en el procedimiento ordinario o a través del sistema UNEDasiss cuando se disponga del mismo.

**🞏** En el caso de estudiantes procedentes de países de habla no española, deberán acreditar su nivel de competencia lingüística en español de al menos un nivel B2 (oral y escrito).

* Documentos relativos a la “Protección de Datos Personales” ANEXO V
* Informe emitido por la Asociación de personas ciegas o por el profesional del servicio de rehabilitación correspondiente en el que se detalle la siguiente información:
* Nivel de autonomía personal en los desplazamientos y la orientación en el espacio.
* Código de lecto-escritura que emplea, nivel de manejo de dicho código y de las herramientas tiflotécnicas y ayudas que precisa según anexos II y III.

A partir de la segunda quincena de marzo**,** se remitirá a FOAL, vía correo electrónico, la solicitud y demás documentación presentada por los aspirantes, siendo imprescindible enviar todos los datos académicos.

* **PROCESO DE SELECCIÓN**

Para acceder a estas enseñanzas, todos los aspirantes deben superar un proceso de selección que consta de las siguientes pruebas:

1. Valoración del expediente académico.
2. Valoración de los informes relativos a orientación y movilidad, lectoescritura y manejo de adaptaciones tiflotécnicas. (anexos II, y III). Dichos informes serán emitidos por el Centro en el que el estudiante haya recibido la rehabilitación o instrucción.

En función del contenido de los informes aludidos en el punto b), la comisión técnica constituida al efecto podrá realizar pruebas específicas cuyo objetivo es complementar los aspectos mencionados en dichos informes.

El proceso de selección se llevará a cabo por una comisión técnica. Esta comisión estará integrada de la siguiente manera:

* Presidencia:
	+ Titular de la Dirección General de FOAL
* Resto de la comisión: .
	+ Directora de la Escuela de Fisioterapia.
	+ Un profesional técnico de la Dirección de Educación, Empleo y Braille.
* Secretaría:
	+ Realizará esta función la Oficina Técnica de FOAL.

En este proceso de selección se elegirán los dos candidatos y una lista de reserva

El proceso de selección se llevará a cabo de manera virtual. Constará de:

1. Prueba de manejo del código de lecto-escritura.
2. Entrevista personal

Una vez concluido el proceso de selección, se publicará el listado definitivo de admitidos suplentes, no más tarde del **31 de mayo de cada año.**

En caso de que el aspirante renuncie a presentarse al proceso de selección o a ocupar, una vez seleccionado, la plaza obtenida, el aspirante deberá comunicar la renuncia a la Dirección General de FOAL, justificando la misma. Para ello, debe cumplimentarse el **ANEXO IV** (Modelo de Renuncia). La falta de presentación de este documento no impide la eficacia de la renuncia, para evitar que un retraso en su entrega imposibilite a otra persona ocupar la plaza vacante.

Los términos recogidos en este documento, se harán públicos por medio de la correspondiente convocatoria pública.

# ANEXO II

# **INFORME SOBRE LECTO-ESCRITURA**

Datos del aspirante

Apellidos y Nombre:

........................................................................................................................................ ........................................................................................................................................

* Sistema de lectura y escritura empleado habitualmente en tareas académicas (marcar con X tanto el medio como los recursos auxiliares):

Nota: en el caso de que la comisión decida que el aspirante debe hacer la prueba de lectura comprensiva, se realizará en el código lecto-escritor señalado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SISTEMA** | **RECURSOS AUXILIARES** |
|  | **Braille** | **Tinta** | **Ayudasópticas(1)** | **Ayudaselectro ópticas(2)** | **Ayudasno ópticas(3)** | **MáquinaPerkins** | **Anotadorparlante** | **Ordenador(adaptaciones utilizadas)(4)** | **Otros(5)** |
| **LECTURA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ESCRITURA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Especificar: gafas convencionales, microscopios, telemicroscopios, lupas…
2. Especificar: lupa TV compacta, lupa TV portátil, lupa electrónica manual...
3. Especificar: filtros, flexo, atril, mesa abatible, rotulador...
4. Especificar: lector de pantalla, línea braille, magnificador...
5. Especificar:
* Observaciones:

................................................................................................................................... ................................................................................................................................... ...................................................................................................................................

* Nivel de lectura y escritura en el sistema empleado habitualmente para tareas académicas:
* Tamaño de letra más pequeño que puede ver (en puntos): ....................................
* Tamaño que lee con comodidad y que utiliza para la lectura habitual (en puntos): ............................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Palabras enun minuto | Palabras encinco minutos | Tamañode letra |
| Lectura en voz alta |  |  |  |
| Escritura copia |  |  |  |
| Escritura dictado |  |  |  |

Orientaciones:

Los textos tomados como referencia para la prueba deberán corresponder al nivel desde el que el aspirante accede a los estudios universitarios.

Para lectura en voz alta y escritura copia en tinta, se tomará como referencia la tipografía Arial (Microsoft Word) especificándose el tamaño de letra que se le presenta al aspirante, que será aquel que lee con comodidad y que utiliza de forma habitual, dejándole elegir si prefiere que esté en negrita o no.

* Observaciones:

................................................................................................................................... ...................................................................................................................................

Fecha y firma del profesional/solicitante

..............................................................

# ANEXO III

# **INFORME SOBRE MANEJODE ADAPTACIONES TIFLOTÉCNICAS**

Datos del aspirante a ingresar

Apellidos y Nombre: a cumplimentar por la entidad certificadora.

............................................................................................................................... ...............................................................................................................................

* Manejo de Herramientas Tiflotécnicas:
	+ - * ¿Ha sido instruido en algún dispositivo tiflotécnico?

NO **[ ]**

SI **[ ]** ¿Cuál/es?

....................................................................................................................... .......................................................................................................................

* + - * ¿Maneja habitualmente dispositivos tiflotécnicos?

NO [ ]

SI [ ]  ¿Cuál/es?

....................................................................................................................... .......................................................................................................................

* + - * ¿Cuenta Vd. con algún dispositivo tiflotécnico?

....................................................................................................................... ....................................................................................................................... .......................................................................................................................

* + - * Conoce el braille computerizado

SI [ ]  NO [ ]

* + - * ¿Maneja un teclado de ordenador estándar?

SI [ ]  NO [ ]

* Nivel de manejo de dispositivos tiflotécnicos:

**Nivel**

 *Inicial Medio Avanzado*

Línea Braille **[ ]**  \_\_ **[ ]**  **[ ]**  **[ ]**

Lector de pantalla **[ ]**  \_\_ **[ ]**  **[ ]**  **[ ]**

Magnificador de pantalla **[ ]**  \_\_ **[ ]**  **[ ]**  **[ ]**

Lupa TV **[ ]**  \_\_ **[ ]**  **[ ]**  **[ ]**

Escáner/OCR **[ ]**  \_\_ **[ ]**  **[ ]**  **[ ]**

Otros (especificar) **[ ]**  \_\_ **[ ]**  **[ ]**  **[ ]**

* Observaciones generales sobre su nivel de manejo de dispositivos tiflotécnicos:

........................................................................................................................... ...........................................................................................................................

Fecha y firma del profesional/solicitante

..............................................................

# ANEXO IV

# **MODELO DE RENUNCIA**

**DATOS PERSONALES:**

APELLIDOS .......................................................................................................... ............................................................................................................................... NOMBRE .............................................................................................................. CON DNI Nº .......................................................

**EXPONE QUE:**

En relación a la solicitud presentada para la convocatoria de ayuda al programa IBERFOAL

**RENUNCIO a**

Marcar la opción elegida:

**[ ]** PRESENTARME AL EXAMEN DEL PROCESO DE SELECCIÓN.

**[ ]** OCUPAR LA PLAZA OBTENIDA PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS DE GRADO DE FISIOTERAPIA.

**[ ]** OCUPAR LA PLAZA OBTENIDA PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS DE GRADO DE ..........

Por las siguientes causas:

............................................................................................................................... ............................................................................................................................... ...............................................................................................................................

Lo que se pide en .............................., a ...... de ................................. de ........

Fdo.: ............................................................

(El/La interesado/a)

**ANEXO V**

**DOCUMENTO INFORMATIVO Y CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento general de protección de datos), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE 6 de diciembre de 2018, se le informa de los siguientes aspectos:

* Los datos de carácter personal que se recaban en el formulario serán incluidos en un fichero automatizado (SGD) titularidad de la FOAL, que tiene su domicilio a estos efectos, en la calle José Ortega y Gasset nº 18 28006 Madrid,
* El tratamiento que la FOAL va a hacer de sus datos es necesario para la gestión de su solicitud de las ayudas convocadas en ejecución del Programa IBERFOAL.
* En caso de oposición al tratamiento de los datos, la solicitud de participación en el Programa no podrá ser tramitada y resultará imposible la gestión, desarrollo y cumplimiento de las obligaciones derivadas de la misma.
* La FOAL tiene nombrado Delegado de Protección de Datos con quien se podrá contactar en el correo electrónico dpdatosfoal@once.es y/o en la dirección postal de la calle José Ortega y Gasset, 18, 28006 Madrid.
* La base jurídica del tratamiento de datos se encuentra en el consentimiento expreso e informado del titular de los datos.
* Para el cumplimiento por parte de la FOAL de las obligaciones legales derivadas de la solicitud presentada, los datos (incluido en su caso los relativos a su condición de persona con discapacidad), y la información que contenga datos de carácter personal sensible será tratada con las medidas de seguridad apropiadas con el fin de garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo sobre los derechos y libertades de las personas.
* Con el fin de poder gestionar su denuncia los datos podrán ser cedidos a los Órganos de la ONCE, que colabora con la entidad convocante, y de la Administración Pública que resulten competentes para gestionar sus respectivas funciones y servicios; en los casos que proceda, podrán ser cedidos a los proveedores de servicios contratados para cubrir las necesidades de la convocatoria.
* La dirección de correo electrónico del evento será utilizada para realizar todas las comunicaciones con el solicitante y otras partes concernidas en el proceso de gestión de las solicitudes.
* Los datos serán conservados durante el tiempo que dure la tramitación y satisfacción de la solicitud, la duración de la relación que se entable en el caso de que la beca sea concedida, y el que marca la normativa.
* En cualquier momento la persona titular podrá ejercer sus derechos de acceso a los datos y, en su caso, de rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento de los mismos, y el derecho a la portabilidad de los datos, así como revocar su consentimiento al tratamiento de sus datos. Estos derechos podrán ser ejercidos mediante solicitud por escrito a la ONCE a la dirección postal de la calle José Ortega y Gasset nº 18, 28006 Madrid, o al correo electrónico dpdatosfoal@once.es. La revocación del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento basada en su consentimiento inicial.
* La persona denunciante tiene el derecho, en caso de que así lo considere, a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos).

El/la titular de los datos manifiesta lo siguiente:

 Declaro haber sido informado de forma expresa sobre todos los puntos que aparecen relacionados en este documento, incluida la posibilidad de revocar mi consentimiento u oponerme al tratamiento de los datos y de las consecuencias derivadas del ejercicio de tales derechos.

 Otorgo mi consentimiento expreso, inequívoco, libre y específico para que mis datos personales que constan en el formulario, puedan ser incluidos en un fichero titularidad de la ONCE y tratados con el fin de que se pueda gestionar la solicitud relacionada con la participación en el evento.

Otorgo mi consentimiento expreso, inequívoco, libre y específico para que mis datos personales (incluida, en su caso, mi condición de persona con discapacidad) puedan ser cedidos a los Órganos de la entidad colaborador ONCE, de la Administración Pública que resulten competentes para gestionar sus respectivas funciones y servicios, y los proveedores de servicios contratados para cubrir las necesidades de la convocatoria.

 (señalar con un aspa, lo que proceda)