



**SOLICITUDE DE PRAZA**

Nº de solicitude

**CURSO 2018/2019 GRUPO SOLICITUDE:**  0-1 anos  1-2 anos  2-3 anos

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME	APELIDOS	DNI
<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> ACOLLEDOR/A
		<input type="checkbox"/> TITOR/A LEGAL
ENDEREZO		
LOCALIDADE	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CONTACTO 1	TELÉFONO DE CONTACTO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO

**DATOS DA/O NENA/O**

NOME	APELIDOS	DATA DE NACEMENTO
DISCAPACIDADE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON	DATA ACOLLEMENTO <input type="text"/>
		SEXO: HOME <input type="checkbox"/> MULLER <input type="checkbox"/>

**DATOS DA UNIDADE FAMILIAR**

APELIDOS E NOME (Incluído o solicitante)	NIF	DATA DE NACEMENTO	PARENTESCO
Número de membros da unidade familiar			<input type="text"/>

**CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES**

<input type="checkbox"/> Fillo de persoal do centro	<input type="checkbox"/> Irmán con praza renovada ou de novo ingreso no centro
<input type="checkbox"/> Familia acolledora	<input type="checkbox"/> Familia numerosa <input type="checkbox"/> Familia monoparental

**HORARIO DE ASISTENCIA O CENTRO**

<b>HORARIO QUE SOLICITA</b>	
Xornada continuada de <input type="text"/> horas a <input type="text"/> horas	atención con comedor <input type="checkbox"/>
Media xornada de mañá <input type="text"/> horas a <input type="text"/> horas	atención sen comedor <input type="checkbox"/>
Media xornada de tarde <input type="text"/> horas a <input type="text"/> horas	

CANDIDATO O BONO CONCILIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
---------------------------	--

**I. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**

- Número de membros que compoñen a unidade familiar.	<input style="width: 90%;" type="text"/>				
- Número de membros que non formando parte da unidade familiar estean a cargo dela	<input style="width: 90%;" type="text"/>				
- Número de membros, incluída a persoa solicitante, con enfermidade ou discapacidade	<input style="width: 90%;" type="text"/>				
Tipo de enfermidade ou discapacidade:					
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Nai</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Pai</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Outros membros</td> </tr> </table>		Nai	Pai	Outros membros
	Nai	Pai	Outros membros		
• discapacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Enfermidade crónica que requira internamento periódico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	si	non			
- Condición de familia monoparental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Ausencia do fogar familiar de ambos os dous membros parentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Condición de familia numerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Condición de fillo/a de persoal do centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Condición de familia acollidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Neno/a para quen se solicita praza nacido en parto multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Irmá/án con praza renovada ou de novo ingreso no centro para o vindeiro curso			<input style="width: 80%;" type="text"/>		
- <u>Nome do/a irmá/án</u>	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
- Outras circunstancias familiares debidamente acreditadas	<input style="width: 95%;" type="text"/>				

**II.- SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR (márquese cun X o que proceda)**

	OCUPACIÓN LABORAL	DESEMPREGO	BENEFICIARIO/A RISGA	OUTRAS SITUACIÓNS
PAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
NAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

**A PERSOA SOLICITANTE DECLARA**

Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.

Sinatura do Solicitante

Ponteareas, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA**

- Anexo III, no caso de optar á axuda do Bono Concilia.
- Fotocopia compulsada do libro de familia, no seu defecto, outro documento que acredite oficialmente a situación familiar.
- Copia do título de familia numerosa.
- Fotocopia do DNI ou NIE da persoa solicitante do cónxuxe ou parella.
- Certificado de empadramento do/a neno/a e dun dos progenitores ou representante legal.
- Xustificante de ingresos: **certificación da declaración do IRPF do exercicio 2016** emitida pola axencia estatal de administración tributaria de ambos os dous pais
- Xustificante de ocupación ou desemprego actualizado(última nómina, certificado de vida laboral, certificación de empresa, último recibo do pago da cota á Seguridade Social no réxime especial de traballadores por conta propia ou certificación de ser demandante de emprego e se é beneficiario dunha prestación).
- Certificado de discapacidade do grao e nivel de dependencia alegada polos membros da unidade familiar.
- Documentación acreditativa do acollemento.
- Certificado médico no caso de enfermidades crónicas ou outras afeccións alegadas polos membros da unidade familiar.
- Declaración responsable do solicitante sobre as necesidades específicas de apoio educativo. Informe sobre necesidades de integración no caso de nenos/as con necesidades de apoio específico.
- Documentación acreditativa de incidencias tales como: separación do cónxuxe, abandono do fogar, maltrato etc.
- Informe dos servizos sociais do Concello correspondente no suposto de que sexa necesario por falta de acreditación documental suficiente ou por situacións especiais en que viva a unidade familiar
- Certificado de convivencia e, se é o caso, sentenza de separación/divorcio, convenio regulador ou medidas paterno-filiais.

**A CUBRIR POLA ADMINISTRACIÓN**

Nº DE MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR.....

TOTAL DE PUNTOS OBTIDOS (segundo baremo).....

TOTAL INGRESOS FAMILIARES ANUAIS.....

TOTAL INGRESOS MENSUAIS.....

RENDA MENSUAL PER CÁPITA.....

COTA MENSUAL.....



ANEXO III

(cubrírase só no caso de optar á axuda de Bono Concilia)

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

EN CALIDADE DE  
 NAI       PAI       ACOLLEDOR/A       TITOR/A LEGAL

**DATOS DA NENA O DO NENO**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN**

NOME/RAZÓN SOCIAL  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

**A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA**

Como solicitante da axuda do programa Bono Concilia en escolas infantís 0-3 non sostidas con fondos públicos.

1. Que en relación con outras axudas concedidas ou solicitadas:

Non solicitou nin se lle concedeu ningunha outra axuda para este mesmo fin das administracións públicas ou doutros entes públicos ou privados.

Si solicitou e/ou se lles concederon outras axudas para este mesmo fin, que son as que a seguir se relacionan:

ORGANISMO	ANO	IMPORTE (€)	DISPOSICIÓN REGULADORA

2. Que en relación coas obrigas tributarias e coa Seguridade Social:

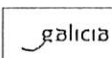

Estar ao día no cumprimento das súas obrigas coa Seguridade Social.

Estar ao día nas súas obrigas tributarias, coa Comunidade Autónoma e non ser debedor por resolución de procedencia de reintegro.

Así mesmo, comprométese a manter o cumprimento deste requisitos durante o período de tempo en que perciba esta subvención e a comunicar inmediatamente cantas axudas solicite e/ou obteña doutras administracións públicas ou doutros entes públicos ou privados, nacionais ou internacionais, a partir da data desta declaración.

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data  ,  de  de

Xefatura Territorial da Consellería de Política Social de

CVE-DOG: 8uxsvui7-eyh9-yfw2-mm69-tbstwrgsmhv9

