ayuntamiento de tocina

SOLICITUD
Programa para la Prevención de la Exclusión Social – Plan Actúa

TOCINA
AYUNTAMIENTO
SERVICIOS A LA CIUDADANÍA

CONSENTIMIENTO Y DEBER DE INFORMAR A LOS INTERESADOS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

☐ He sido informado de que esta Entidad va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación adjunta que la acompaña para la realización de actuaciones administrativas | **Responsable:** Ayuntamiento de Tocina | **Finalidad:** Gestión del trámite administrativo | **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros sin consentimiento expreso, salvo a otras Administraciones Públicas y origen legal | **Derechos:** Acceso, rectificación, supresión "derecho al olvido", limitación del tratamiento, oposición | **Información adicional:** http://www.tocinalosrosales.es/es/politicaprivacidad

IMPORTANTE

Es muy importante que lea detenidamente esta solicitud antes de rellenarla. Recuerde que debe rellenar todos los campos que se le requieren así como aportar la documentación necesaria para valorar su solicitud.

Si Ud. o alguien de su unidad familar han trabajado, recuerde que debe aportar las nóminas, los contratos de trabajo, los certificados de empresa, los certificados de jornadas reales, etc. que permitan comprobar los ingresos obtenidos. En caso de no aportar dicha documentación, cuando salga el listado provisional aparecerá como excluido y tendrá un nuevo plazo para presentarlo. Si finalmente no lo presenta, quedará excluido del programa.

Por último, antes de presentar la solicidud, junto con la documentación que la acompaña, deberá acudir a los Servicios Sociales Comunitarios para que le revisen la solicitud y le firmarán en el lado derecho el visto bueno que aparece. No obstante, el visto bueno, no significa que esté toda la documentación que Ud. deba aportar, pues eso lo desconocen los técnicos.

Vº Bº Ayuntamiento

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Nombre y Apellidos

D.N.I./N.I.E.

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

(Si lo presenta otra persona en su lugar recuerde que deberá aportar el documento de representación)

Nombre y Apellidos

D.N.I./N.I.E.

NOTIFICACIONES

Indíquenos como quiere que nos comuniquemos con Ud. en relación a este procedimiento. Recuerde que si se encuentra en alguno de los supuestos contemplados en el art. 14.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo y Común de las Administraciones Públicas, tiene la obligación de relacionarse con este Ayuntamiento a través de medios telemáticos. Así mismo si no marca ninguna casilla se entenderá que opta por la comunicación por medios telemáticos.

☐ Sede electrónica

Correo electrónico

☐ Dirección postal

Dirección

C.P.

Municipio

Provincia

Teléfono

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

☐ Libro de Familia.

☐ Si es víctima de violencia de género, acreditación correspondiente.

☐ En caso de separación o divorcio, acreditación de la misma o medidas paternas filiales.

☐ Certificación de estar inscrito en el Registro de Uniones de Hecho que corresponda.

☐ Si no autoriza al Ayuntamiento a su consulta, declaración del I.R.P.F. del año anterior. (En el caso de no estar obligada a realizar la Declaración de la Renta, deberá presentar los ingresos de los últimos 12 meses, de todos los miembros de la unidad familiar, que servirán para la comprobación de los requisitos económicos).

☐ Otra documentación

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Deben firmar e incluirse en esta relación a todas las personas que formen parte de la unidad familiar.
(En caso de haber menores de 16 años firmarán los tutores legales).

Solicitante

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos (1)

☐ Tengo discapacidad o soy dependiente ☐ Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

☐ de mi D.N.I. / N.I.E.
☐ del Título de Familia Numerosa.
☐ de mi Vida Laboral.
☐ del Padrón Municipal de Habitantes.
☐ del Certificado de Discapacidad
☐ del Reconocimiento de Situación de Dependencia.
☐ de mi situación como Demandante de Empleo.
☐ de mi declaración del I.R.P.F.

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos de los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud.

1er miembro de la unidad familiar (Pareja)

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos (1)

☐ Tengo discapacidad o soy dependiente ☐ Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

☐ de mi D.N.I. / N.I.E.
☐ del Título de Familia Numerosa.
☐ de mi Vida Laboral.
☐ del Padrón Municipal de Habitantes.
☐ del Certificado de Discapacidad
☐ del Reconocimiento de Situación de Dependencia.
☐ de mi situación como Demandante de Empleo.
☐ de mi declaración del I.R.P.F.

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos de los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud.

2º miembro de la unidad familiar (Primer hijo)

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos (1)

☐ Tengo discapacidad o soy dependiente ☐ Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

☐ de mi D.N.I. / N.I.E.
☐ del Título de Familia Numerosa.
☐ de mi Vida Laboral.
☐ del Padrón Municipal de Habitantes.
☐ del Certificado de Discapacidad
☐ del Reconocimiento de Situación de Dependencia.
☐ de mi situación como Demandante de Empleo.
☐ de mi declaración del I.R.P.F.

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos de los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud.

(continúa)

3er miembro de la unidad familiar (Segundo hijo)

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos (1)

☐ Tengo discapacidad o soy dependiente ☐ Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

☐ de mi D.N.I. / N.I.E.
☐ del Título de Familia Numerosa.
☐ de mi Vida Laboral.
☐ del Padrón Municipal de Habitantes.
☐ del Certificado de Discapacidad
☐ del Reconocimiento de Situación de Dependencia.
☐ de mi situación como Demandante de Empleo.
☐ de mi declaración del I.R.P.F.

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos de los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud.

4º miembro de la unidad familiar (Tercer hijo)

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos (1)

☐ Tengo discapacidad o soy dependiente ☐ Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

☐ de mi D.N.I. / N.I.E.
☐ del Título de Familia Numerosa.
☐ de mi Vida Laboral.
☐ del Padrón Municipal de Habitantes.
☐ del Certificado de Discapacidad
☐ del Reconocimiento de Situación de Dependencia.
☐ de mi situación como Demandante de Empleo.
☐ de mi declaración del I.R.P.F.

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos de los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud.

OTROS DATOS

A continuación aparece una serie de información que servirá para que la Comisión Técnica valore su solicitud. Por favor marque aquellas casillas que considere que reúne el requisito. Recuerde que todos estos datos serán comprobados tanto por las trabajadoras sociales como por la Comisión Técnica.

- ☐ No tener ingresos en toda la unidad familiar, en el momento de la solicitud.
- ☐ No tener ningún ingreso la persona solicitante en el momento de la solicitud.
- ☐ Persona perteneciente a una unidad familiar monoparental, con al menos un hijo a su cargo.
- ☐ Persona solicitante forma parte de una unidad familiar que tenga la condición de familia numerosa de conformidad con la legislación vigente.
- ☐ Personas pertenecientes a unidades familiares que tengan menores a su cargo.
- ☐ Personas pertenecientes a unidades familiares que tengan personas dependientes o con discapacidad a su cargo.
- ☐ Mujeres en situación de riesgo, con carácter preferente víctimas de violencia de género.
- ☐ Miembros de unidades familiares en las que convivan jóvenes que tengan dificultades económicas para continuar sus estudios universitarios o ciclos formativos.
- ☐ No haber trabajado más de 180 días, en los 12 meses anteriores ninguno de los miembros de la unidad familiar.
- ☐ No haber trabajado más de 180 días, en los 12 meses anteriores, la persona solicitante.
- ☐ Persona con préstamos, hipotecas o alquiler.Persona con préstamos, hipotecas o alquiler.
- ☐ Persona necesitada de un mes de trabajo para recibir una prestación.
- ☐ Persona solicitante que haya realizado alguna acción formativa en los 12 meses anteriores a la presentación de la solicitud.

SOLICITUD Y DECLARACIÓN

Solicito formar parte en el Programa para la Prevención de la Exclusión Social – Plan Actúa

Declaro bajo mi expresa responsabilidad que todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

En _____ a ____ de _____ de 20 ____

Firma de la persona interesada

Firma de la persona representante