



PROCEDIMIENTO NUEVO INGRESO EN ESCUELAS INFANTILES 0-3 DEL CONSORCIO GALLEGO DE SERVICIOS DE IGUALDAD Y BIENESTAR	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS404A	DOCUMENTO SOLICITUD
---	---	-------------------------------

CURSO 2016/17

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

EN CALIDAD DE
 MADRE PADRE ACOGEDOR/A TUTOR/A LEGAL

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMEROBLOQUE PISO PUERTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

TELÉFONO FIJO TELÉFONO MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO

MEDIO DE COMUNICACIÓN PREFERENTE
 TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquiera medio válido en derecho)

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (no es necesaria si coincide con la anterior)

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMEROBLOQUE PISO PUERTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

TELÉFONO TELÉFONO MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DE LA NIÑA O DEL NIÑO

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

GRUPO DE EDAD AL QUE ACCEDE DISCAPACIDAD SÍ NO FECHA DE ACOGIMIENTO (en el caso de menores acogidas/os) SEXO HOMBRE MUJER

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (incluida la persona solicitante)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

Nº DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR



CENTROS SELECCIONADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

NOMBRE DEL CENTRO

1ª OPCIÓN

2ª OPCIÓN

3ª OPCIÓN

4ª OPCIÓN

HORARIO QUE SOLICITA

Jornada continuada de horas a horas.

Jornada partida de horas a horas y de horas a horas.

Media jornada de horas a horas.

COMEDOR

Atención con comedor Atención sin comedor

(Límite 8 horas de asistencia dentro de la jornada solicitada, excepto las causas referidas en el artículo 25.1 del RRI)

CANDIDATO A BONO CONCILIA

SÍ NO

CANDIDATO A PLAZA CONCERTADA

SÍ NO

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

- Número de miembros que componen la unidad familiar

- Número de miembros que no formando parte de la unidad familiar estén a cargo de ella

- Número de miembros, incluida la persona solicitante, con enfermedad o discapacidad

Tipo de enfermedad o discapacidad:

- Discapacidad
- Enfermedad crónica que requiera internamiento periódico
- Alcoholismo o drogodependencias.

	Madre	Padre	Otros miembros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Condición de familia monoparental SÍ NO

- Ausencia del hogar familiar de ambos miembros parentales SÍ NO

- Condición de familia numerosa SÍ NO

- Condición de hijo/a de personal del centro SÍ NO

- Condición de familia acogedora SÍ NO

- Niño/a para quien se solicita plaza nacido/a en parto múltiple SÍ NO

- Hermana/o con plaza renovada o de nuevo ingreso en el centro para el próximo curso

Nombre de la niña o del niño

Centro al que asiste

Otras circunstancias familiares debidamente acreditadas

SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR

- Ocupación laboral

Madre

Padre

- Desempleo

- Beneficiario/a del tramo de inserción (RISGA)

- Otras situaciones

--	--

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA

Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se aportan son ciertos.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O SE DECLARA ESTAR EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE

- Anexo II, en su caso.
- Anexo III, en el caso de optar a la ayuda del bono concilia.
- Anexo IV, en caso de optar a una plaza concertada.
- Copia del DNI o NIE de la persona solicitante, sólo en el caso de no autorizar su consulta.
- Copia de la declaración del IRPF de la persona solicitante correspondiente al año 2014, sólo en el caso de no autorizar su consulta.
- Copia del DNI o NIE del cónyuge o pareja, sólo en el caso de no autorizar su consulta en el anexo II.
- Copia de la declaración del IRPF correspondiente al año 2014 del cónyuge o pareja, sólo en el caso de no autorizar su consulta en el anexo II.
- Informe sobre la necesidad de integración en una escuela infantil del niño o niña, en su caso.
- Certificado de empadronamiento del/de la niño/a y de uno de los progenitores o representante legal expedido por el ayuntamiento en el que residan (con efectos desde el día anterior al comienzo del plazo de presentación de solicitudes), sólo en el caso de no autorizar su consulta para los menores con DNI.
- Certificado de la empresa, institución o administración correspondiente cuando alguno de los progenitores o representante legal del niño o niña trabaje en el ayuntamiento en el que esté la escuela.
- Certificado de empadronamiento de la unidad familiar, sólo para centros situados en ayuntamientos limítrofes con otras comunidades autónomas (que deberá ser anterior al 1 de enero).
- Justificante de ocupación o desempleo actualizado.
- Otros documentos en los que consten incidentes familiares, económicas o sociales puntuables en el baremo.

	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTÉ.	AÑO
<input type="checkbox"/> Copia del libro de familia, en su defecto otro documento que acredite oficialmente la situación familiar.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Copia del título de familia numerosa, sólo en el caso de no autorizar su consulta o cuando no sea expedido por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidad o del grado de dependencia del niño o de la niña, en su caso, sólo en el caso de no autorizar su consulta o cuando no sea expedido por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Copia de la resolución de acogimiento, sólo en el caso de no autorizar su consulta o cuando se trate de acogimientos no formalizados en la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidad del grado y nivel de dependencia alegada por los miembros de la unidad familiar, sólo en caso de no autorizar la consulta en el anexo II o cuando no sea expedido por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de convivencia y, en su caso, sentencia de separación/divorcio, convenio regulador o medidas paterno-filiales.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la condición de víctima de violencia de género.	<input type="checkbox"/>			

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar, de conformidad con el artículo 35.f) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y el artículo 4 de la Orden de 12 de enero de 2012 por la que se regula la habilitación de procedimientos administrativos y servicios en la Administración general y en el sector público autonómico de Galicia, a consultar la documentación indicada anteriormente.
Asimismo, declaro que dicha documentación está vigente y que no han transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento a que corresponde.

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos de identidad de la persona solicitante en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos de residencia de la persona solicitante en el Sistema de verificación de datos de residencia del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 3 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia del 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos de la declaración del IRPF del año 2014 que obran en poder de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, de conformidad con el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos de discapacidad y del grado de dependencia que obran en poder de la Administración autonómica, de conformidad con el artículo 4 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, por el que se simplifica la documentación para la tramitación de los procedimientos administrativos y se fomenta la utilización de medios electrónicos.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)



Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos del título de familia numerosa que obran en poder de la Administración Autonómica, de conformidad con el artículo 4 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, por el que se simplifica la documentación para la tramitación de los procedimientos administrativos y se fomenta la utilización de medios electrónicos.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos de acogimiento que obran en poder de la Administración Autonómica, de conformidad con el artículo 4 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, por el que se simplifica la documentación para la tramitación de los procedimientos administrativos y se fomenta la utilización de medios electrónicos.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se le informa de que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad de la Xunta de Galicia con el objeto de gestionar el presente procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Gerencia del Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a consorcio@igualdadebenestar.org

LEGISLACIÓN APLICABLE

Resolución del 17 de febrero de 2016, por la que se regula el procedimiento de adjudicación de plazas en las escuelas infantiles 0-3 dependientes del Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar para el curso 2016/17.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



AUTORIZACIÓN

CÓNYUGE, PAREJA DE HECHO O DE ANÁLOGA RELACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar mis datos de identidad en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre y la Orden de la Consellería de la Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar mis datos de residencia en el Sistema de verificación de datos de residencia del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 3 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia del 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos de la declaración del IRPF del año 2014 que obran en poder de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, de conformidad con el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

FIRMA DEL/DE LA CÓNYUGE, PAREJA DE HECHO O PERSONA CON RELACIÓN ANÁLOGA

Lugar y fecha

 , de de 



(Se cubrira sólo en el caso de optar a la ayuda de bono concilia)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

EN CALIDAD DE
 MADRE PADRE ACOGEDOR/A TUTOR/A LEGAL

DATOS DE LA NIÑA O EL NIÑO

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA

Como solicitante de la ayuda del programa bono concilia en escuelas infantiles 0-3 no sostenidas con fondos públicos.

1. Que en relación con otras ayudas concedidas o solicitadas:

- No se solicitó ni se le concedió ninguna otra ayuda para este mismo fin de las administraciones públicas o de otros entes públicos o privados.
 Sí se solicitó y/o concedieron otras ayudas para este mismo fin, que son las que a continuación se relacionan:

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA/ORGANISMO/ENTIDAD O SOCIEDAD	AÑO	IMPORTE (€)	DISPOSICIÓN REGULADORA

2. Que en relación con las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social:

- Estar al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones con la Seguridad Social.
 Estar al corriente en sus obligaciones tributarias, con la Comunidad Autónoma y no ser deudor por resolución de procedencia de reintegro.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de





(Se cubrira sólo en el caso de optar a una plaza concertada)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

EN CALIDAD DE
 MADRE PADRE ACOGEDOR/A TUTOR/A LEGAL

DATOS DE LA NIÑA O EL NIÑO

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

CENTROS CON PLAZAS CONCERTADAS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

	NOMBRE DEL CENTRO	AYUNTAMIENTO	PROVINCIA
1			
2			
3			

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha , de de

