



PROCEDIMIENTO <b>NUEVO INGRESO EN ESCUELAS INFANTILES 0-3</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>BS404A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUD</b>
--	---	-------------------------------

**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  NÚMERO  BLOQUE  PISO  PUERTA

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

TELÉFONO MÓVIL  TELÉFONO FIJO  CORREO ELECTRÓNICO

MEDIO DE COMUNICACIÓN PREFERENTE  
 TELÉFONO     CORREO ELECTRÓNICO

**Y, EN SU REPRESENTACIÓN** (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier 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  NÚMERO  BLOQUE  PISO  PUERTA

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

TELÉFONO  FAX  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 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



**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 CHEQUE INFANTIL**

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:                        | Madre                    | Padre                    | Otros miembros           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Discapacidad  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Enfermedad crónica que requiera internamiento periódico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alcoholismo o drogodependencias.                        | <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**

- |   | Madre                    | Padre                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Ocupación laboral                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Desempleo                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beneficiario/a del tramo de inserción (RISGA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Otras situaciones                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |

**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**

<input type="checkbox"/> Anexo II.				
<input type="checkbox"/> Anexo III.				
<input type="checkbox"/> Justificante de ocupación o de desempleo (copia de la última nómina, certificado de vida laboral, certificación de empresa, último recibo del pago de la cuota a la Seguridad Social en el Régimen Especial de Trabajadores por cuenta propia o certificación de ser demandante de empleo).				
<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento del niño y de uno de los progenitores o representante legal que será expedido por el ayuntamiento en el que residan (con efectos desde el día anterior al comienzo del plazo de presentación de solicitudes)				
<input type="checkbox"/> En los casos de no estar censado en el ayuntamiento donde está la escuela, pero alguno de los progenitores o representante legal del niño tenga su puesto de trabajo en el ayuntamiento en el que esté la escuela, se presentará certificado de la empresa, institución o administración correspondiente.				
	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTE.	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"/> Certificado de discapacidad del grado y nivel de dependencia del niño o de la niña e informe sobre la necesidad de integración en una escuela infantil, en su caso, sólo en el supuesto de que no sean expedidos por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del acogimiento no constituido en la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Informe social, en caso de miembros que no formando parte de la unidad familiar estén a su cargo.	<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 que no sea expedido por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Informe médico en caso de enfermedades crónicas u otras afecciones de los miembros de la unidad familiar.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de convivencia y, en su caso, sentencia de separación/divorcio, convenio regulador o medidas paterno-filiales, en caso de familia monoparental.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Copia del Título de Familia Numerosa, sólo en caso de que no sea expedido por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Informe social, en caso de ausencia del hogar de los dos miembros parentales o en el supuesto de que fuese necesario por falta de acreditación documental suficiente o por situaciones especiales en las que viva la unidad familiar.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la condición de víctima de violencia de género.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento, sólo para centros situados en ayuntamientos limítrofes con otras comunidades autónomas.	<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 trascurrieron 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 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 los datos de la declaración del IRPF del año 2013 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 del grado y nivel de dependencia de la niña o de niño 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)



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 que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad del Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar, cuya finalidad es la gestión y registro de este 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](mailto:consorcio@igualdadebenestar.org)

#### LEGISLACIÓN APLICABLE

Resolución del 27 de enero de 2015, 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 2015/2016.

#### FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

,  de  de





**DATOS DEL/DE LA 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, de conformidad con el artículo 2.4 de la Orden del Ministerio de Economía y Hacienda de 18 de noviembre de 1999, para que solicite de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos relativos al cumplimiento de mis obligaciones tributarias estatales, así como, para la comprobación de los datos de carácter tributario necesarios para la determinación de la renta de la unidad familiar.

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

Autorizo al Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar a consultar los datos relativos al cumplimiento de mis obligaciones tributarias con la Comunidad Autónoma, 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)

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

Lugar y fecha

,  de  de





(Se cubrirá sólo en el caso de optar a la ayuda de cheque infantil)

**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 DEL 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 cheque infantil en escuelas infantiles 0-3 no sostenidas con fondos públicos.

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

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

ORGANISMO	AÑO	IMPORTE (€)	DISPOSICIÓN REGULADORA

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

- Estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones con la Seguridad Social.
- Estar al día 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

