



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

CURSO 2017/18

**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

PARROQUIA  LUGAR

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

TELÉFONO FIJO  TELÉFONO MÓVIL  CORREO ELECTRÓNICO

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

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  NIF

**DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

Notifíquese a:  Persona solicitante  Persona representante

Se enviarán avisos de puesta a disposición de la notificación al correo electrónico y/o teléfono móvil facilitados a continuación:

TELÉFONO MÓVIL  CORREO ELECTRÓNICO

ELECCIÓN DEL MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE (podrá ser cambiado en cualquier momento de la tramitación del procedimiento)

**Electrónica** a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia Notific@, <https://notifica.xunta.gal>. Sólo se podrá acceder a la notificación con el certificado electrónico asociado al NIF de la persona indicada.

**Postal** (cubrir la dirección postal sólo si es distinta de la indicada anteriormente)

Las notificaciones que se practiquen en papel estarán también a disposición de la persona indicada anteriormente en el Sistema de notificación electrónica de Galicia Notific@, para que pueda acceder al contenido de las mismas de forma voluntaria.

TIPO DE VÍA  NOMBRE DE LA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  PISO  PUERTA

PARROQUIA  LUGAR

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

**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:

Madre

Padre

Otros miembros

• Discapacidad




• Enfermedad crónica que requiera internamiento periódico




• Alcoholismo o drogodependencias.




- 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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"/>	

**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**

<input type="checkbox"/> Anexo II relativo a la comprobación de datos del/ de la cónyuge, pareja o de otros miembros de la unidad familiar.			
<input type="checkbox"/> Anexo III, en el caso de optar a la ayuda del programa Bono Concilia.			
<input type="checkbox"/> Anexo IV, en el caso de optar a una plaza concertada en una escuela infantil de titularidad privada adscrita a este programa.			
<input type="checkbox"/> Copia de la resolución administrativa de acogimiento o de guarda con fines adoptivos, cuando estén formalizados por otra comunidad autónoma distinta de la gallega.			
<input type="checkbox"/> Justificante de ocupación o desempleo actualizado.			
<input type="checkbox"/> Personas trabajadoras por cuenta ajena: copia de la última nómina, certificación de empresa o vida laboral.			
<input type="checkbox"/> Personas trabajadoras por cuenta propia o autónomas: copia del último recibo de pago de cuota a la Seguridad Social en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos o de la correspondiente mutualidad.			
<input type="checkbox"/> En el caso de personas desempleadas, certificación de ser demandante de empleo (con efectos del día anterior al de la publicación de la resolución).			
<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento del/de la niño/a y de uno de los dos 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).			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento de la unidad familiar, sólo para centros situados en ayuntamientos limítrofes con otras comunidades autónomas que, en todo caso, deberá ser anterior al 1 de enero del año en que se solicita la plaza.			
<input type="checkbox"/> Documentos justificativos de la variación de ingresos (mínimo 20% en cómputo anual).			
	PRESENTADO	CÓD. PROC.	AÑO
<input type="checkbox"/> Copia del libro de familia de la unidad familiar o, en su defecto, otro documento que acredite oficialmente la situación familiar.	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidad o del grado de dependencia del niño o de la niña para quien se solicita plaza, en su caso, cuando no sea expedido por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidad o del grado y nivel de dependencia de la madre/padre, acogedor/a, tutor/a legal u otros miembros de la unidad familiar cuando no sean expedidos por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Certificado de convivencia y, en su caso, sentencia de separación o divorcio, convenio regulador o resolución judicial que establezca las medidas paterno-filiales o certificado administrativo de monoparentalidad expedido por otra comunidad autónoma.	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Copia del título de familia numerosa, en caso de que no sea expedido por la Administración de la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la condición de víctima de violencia de género.	<input type="checkbox"/>		

**COMPROBACIÓN DE DATOS**

Los documentos relacionados serán objeto de consulta electrónica automatizada. En caso de que las personas interesadas se opongan a esta consulta, deberán indicarlo en el cuadro correspondiente y aportar dichos documentos.	DENIEGO Y PRESENTO EL DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> DNI o NIE de la persona solicitante.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Declaración del Impuesto de la renta de las personas físicas (IRPF) de la persona solicitante y del/de la cónyuge o pareja, en su caso, correspondiente al año 2015.	<input type="checkbox"/>
<b>MARQUE EL CUADRO CORRESPONDIENTE PARA SEÑALAR LAS CIRCUNSTANCIAS QUE LE SEAN DE APLICACIÓN</b>	
<input type="checkbox"/> Discapacidad o dependencia del niño o de la niña para quien se solicita plaza reconocida por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Necesidad de integración en la escuela infantil acreditada por un Equipo de Valoración y Orientación de la Consellería de Política Social, en el caso de los niños y de las niñas con necesidades específicas de apoyo educativo.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acogimiento o guarda con fines adoptivos del niño o de la niña para quien se solicita plaza, formalizados por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Discapacidad o grado y nivel de dependencia de la madre, padre, acogedor/a o tutor/a legal solicitante reconocida por la Comunidad autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Situación de monoparentalidad reconocida por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Familia numerosa reconocida por la Comunidad Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>



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 el 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 de 22 de febrero de 2017 por la que se convoca 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 2017/18.

**FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE**

Lugar y fecha

,  de  de



COMPROBACIÓN DE DATOS DEL/DE LA CÓNYUGE, PAREJA U OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Los documentos relacionados serán objeto de consulta electrónica automatizada. En el caso de que las personas interesadas se opongan a esta consulta o en aquellos casos en que no sean expedidos por la Comunidad Autónoma de Galicia, deberán indicarlo en el cuadro correspondiente y aportar dichos documentos.

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	Verificación de la identidad	DECLARACION DEL IRPF 2015	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O GRADO DE DEPENDENCIA	FIRMA
		DENIEGO Y PRESENTO EL DOCUMENTO	DENIEGO Y PRESENTO EL DOCUMENTO	DENIEGO Y PRESENTO EL DOCUMENTO	
		<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"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 el Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a consorcio@igualdadebenestar.org

FIRMA DEL/DE LA CÓNYUGE O PAREJA

Lugar y fecha

,  de  de





(Se cubrirá 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.

Así mismo, se compromete a mantener el cumplimiento de estos requisitos durante el período de tiempo en que perciba esta subvención y a comunicar inmediatamente cuantas ayudas solicite y/u obtenga de otras administraciones públicas o de otros entes públicos o privados, nacionales o internacionales, a partir de la fecha de esta declaración.

**FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE**

Lugar y fecha  ,  de  de





(Se cubrirá 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

