

G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2010 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	MINUSVALÍA (INDIQUE SI O NO)	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (1)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (2)
Solicitante	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	<input type="text"/>	XXXXXXX	<input type="checkbox"/>
Madre/Tutor	<input type="text"/>	XXXXXXX	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(1) SITUACIÓN LABORAL. INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVA/O; D) DESEMPLEADA/O; I) INVALIDEZ; J) JUBILADA/O; M) AMA/O DE CASA.
 (2) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL	
CIF DE LA INSITUCIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
<input type="text"/>

A FIRMAR POR TODAS/OS LAS/OS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA

Las/os abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad, autorizando a las Administraciones Educativas para obtener los datos necesarios para determinar la renta y patrimonio familiares a efectos de la ayuda a través de las Administraciones Tributarias y de la Dirección General del Catastro.

Firmas:

Padre del/de la solicitante Madre del/de la solicitante Otros miembros:

G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2010 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	MINUSVALÍA (INDIQUE SI O NO)	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (1)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (2)
Solicitante	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	<input type="text"/>	XXXXXXXX	<input type="checkbox"/>
Madre/Tutor	<input type="text"/>	XXXXXXXX	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(2) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVA/O; D) DESEMPLEADA/O; I) INVALIDEZ; J) JUBILADA/O; M) AMA/O DE CASA.
 (2) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL	
CIF DE LA INSITUACIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
<input type="text"/>

A FIRMAR POR TODAS/OS LAS/OS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA

Las/os abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad, autorizando a las Administraciones Educativas para obtener los datos necesarios para determinar la renta y patrimonio familiares a efectos de la ayuda a través de las Administraciones Tributarias y de la Dirección General del Catastro.

Firmas:

Padre del/de la solicitante Madre del/de la solicitante Otros miembros:

CERTIFICACIONES

A) A CUMPLIMENTAR POR EL/LA SECRETARIO/A O DIRECTOR/A DEL CENTRO ESPECÍFICO, ORDINARIO CON UU.EE. O QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:

D./D^a.....

Secretario-a/Director-a del centro docente

Código

CERTIFICO que el/la alumno/a al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este centro para el curso académico 2011/12.

Asimismo, y por la presente certificación, me comprometo a, en caso de que no llegara a ocupar plaza o causara baja durante el curso, comunicar esta circunstancia en el plazo máximo de un mes al órgano gestor correspondiente para que, si procediese, fuera revocada dicha ayuda.

.....,

a dede 2011

Firmado:

Sello

B) A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS

D./D^a:

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a
está escolarizado/a en el centro

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS ESPECÍFICO ORDINARIO CON U.U.EE
CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:
DISCAPACIDAD TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA T.D.A.H. ALTA CAPACIDAD

Que tiene necesidad de recibir:
P REEDUCACIÓN { EDAGÓGICA
LENGUAJE ESCOLARIZACIÓN MÁS TEMPRANA
(MENORES DE DOS AÑOS)

PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

DURACIÓN DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO

Lo que firmo como justificación de la ayuda solicitada en a de de 2011

Firmado:

Sello

C) A CUMPLIMENTAR POR EL GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y DEL LENGUAJE O PROGRAMA ESPECIAL PARA PERSONAS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES.

D./D^a:

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a:

Está recibiendo los siguientes tratamientos:

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA - CUANTÍA MENSUAL
- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE - CUANTÍA MENSUAL
- PROGRAMA ESPECÍFICO A. CON ALTAS CAPACIDADES. - CUANTÍA MENSUAL

- N.I.F.

- N° Colegiado/a

DURACIÓN DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO

En el supuesto de no prestar el servicio solicitado, se pondrá en conocimiento de la Unidad de Becas provincial.

..... a de de 2011

Firmado:

D) A CUMPLIMENTAR POR EL INSPECTOR DE LA ZONA O DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN DEPENDIENTE DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS, EN EL SUPUESTO DE SOLICITANTES DE AYUDAS PARA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE

D./D^a:

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a

1º.- Necesita recibir reeducación pedagógica o del lenguaje por la inexistencia o insuficiencia de la atención pedagógica en el centro en que está escolarizado.

2º.- Resulta inviable la matriculación del alumno en un centro que disponga del servicio de reeducación requerido.

Lo que firmo como justificación de la ayuda solicitada en a de de 2011

Firmado:

Sello

H. SITUACIONES DECLARADAS POR EL/LA SOLICITANTE

MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFIQUE LA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRÍAN A 31 DE DICIEMBRE DE 2010.

CONDICIÓN DE FAMILIA NUMEROSA : GENERAL
ESPECIAL

CONDICIÓN DE MINUSVALÍA(*). GRADO DE MINUSVALÍA igual o superior a 33% : N° afectadas/os

SOLICITANTE CON DISCAPACIDAD MOTÓRICA SUPERIOR AL 65%

HERMANAS/OS UNIVERSITARIAS/OS DEL/DE LA SOLICITANTE ESTUDIANTES FUERA DEL DOMICILIO FAMILIAR
(Indique número)

ORFANDAD ABSOLUTA DEL/DE LA SOLICITANTE

(*) Referida al hermano/a o el/la propio/a solicitante. Indique número de personas de la familia afectadas

A CUMPLIMENTAR POR TODAS/OS LAS/OS SOLICITANTES

D./D^a padre,
madre o tutor/a del/de la solicitante **DECLARAN BAJO RESPONSABILIDAD SOLIDARIA:**

- Que aceptan las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que quedan enteradas/os de que la inexactitud de las circunstancias declaradas dará lugar a la denegación o revocación de la ayuda.
- Que tienen conocimiento de la incompatibilidad de estas ayudas y que en caso de obtener otra beca o ayuda procedente de cualquier Administración o entidad pública o privada deberán comunicarlo a la Administración Educativa.
- Que Sí NO obtienen rentas en el extranjero
(Indique con una X lo que proceda)

En caso afirmativo, consigne a continuación la cantidad en la moneda que corresponda, según el país en el que se han percibido, y justifique documentalmente :

....., a de de 2011

Firma del padre, madre o tutor/a

Firma del/de la solicitante

Otros miembros

A CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE AUTORIZAR AL CENTRO A PERCIBIR LA AYUDA

D./ D.^a, padre, madre o tutor/a del/ de la solicitante, autoriza al director/a del centro, en el que se encuentra matriculado/a el/la solicitante de ayuda para que, en caso de ser beneficiario/a de la misma, perciba su importe a través de la cuenta corriente de dicho centro.

(FIRMA)

RESGUARDO DE PRESENTACIÓN

SOLICITUD DE AYUDAS PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO.

CURSO 2011- 2012

NOMBRE Y APELLIDOS N.I.F.

DOMICILIO

CENTRO DE ESTUDIOS

ESTUDIOS QUE REALIZA

ESTE RESGUARDO NO ES VÁLIDO SIN EL SELLO Y FECHA DE LA OFICINA RECEPTORA