



SOLICITUD AYUDAS DE ACCIÓN SOCIAL 2018

1. Datos Personales

N.I.F. (imprescindible con la letra)										APELLIDOS:																													
ESTADO CIVIL:										NOMBRE:										MUFACE <input type="checkbox"/>										SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/>									
DOMICILIO PARTICULAR:																				TELÉFONO										MÓVIL									
MUNICIPIO:										PROVINCIA:										PAÍS:										CÓDIGO POSTAL:									
CORREO ELECTRÓNICO:																																							

2. Datos Administrativos

PERSONAL FUNCIONARIO										DE CARRERA <input type="checkbox"/>										CUERPO:																			
										INTERINO <input type="checkbox"/>										GRUPO:																			
PERSONAL LABORAL										FIJO <input type="checkbox"/>										GRUPO PROFESIONAL:										ÁREA FUNCIONAL:									
										TEMPORAL <input type="checkbox"/>																													
En caso de NO haber estado en servicio activo durante todo el año 2017 en la AGE, indicar causa:																				Fecha de Inicio:										Fecha de Finalización:									
SUBDIRECCIÓN GENERAL O UNIDAD DIRECTIVA:																				CENTRO DE TRABAJO:																			
DIRECCIÓN DEL PUESTO ACTUAL (calle, nº, planta y despacho):															CORREO ELECTRÓNICO:										TELÉFONO / EXTENSIÓN:														
MUNICIPIO:										PROVINCIA:										PAÍS:										CÓDIGO POSTAL:									

SI EL CÓNYUGE / PAREJA DE HECHO ES EMPLEADO/A DEL MINISTERIO, INDICAR NOMBRE:

MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DEL/DE LA SOLICITANTE SEGÚN LO DISPUESTO EN EL APDO. 2 DE LAS BASES COMUNES

RELACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO
CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO			
DESCENDIENTE			
DESCENDIENTE			
DESCENDIENTE			
DESCENDIENTE			
ASCENDIENTE			
ASCENDIENTE			



3. AYUDAS (señale con lo que proceda)

<input type="checkbox"/> AREA SOCIO - SANITARIA		
AYUDA SANITARIAS		CAUSANTE DE LA AYUDA
PRÓTESIS	BUCO-DENTAL <input type="checkbox"/>	
	VISUAL <input type="checkbox"/>	
	AUDITIVA <input type="checkbox"/>	
	ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/>	
CIRUGÍA REFRACTIVA DE MIOPIA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPÍA <input type="checkbox"/>		
TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL, ETC <input type="checkbox"/>		
REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTOS ESPECIALES <input type="checkbox"/>		
INTOLERANCIA AL GLUTEN Y OTRAS INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS <input type="checkbox"/>		
VACUNAS <input type="checkbox"/>		
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA		
* Facturas o recibos originales justificativos del gasto		<input type="checkbox"/>
* Si el/la solicitante es mutualista de MUFACE o de cualquier otra Mutualidad Pública, pero no tiene a los hijos/hijas incluidos en su cartilla, documento que acredite el régimen al que pertenecen		<input type="checkbox"/>
* Informe médico del diagnóstico o tratamiento para cada uno de los tratamientos para los que se solicite ayuda		<input type="checkbox"/>
* Informe del facultativo/de la facultativa de la Seguridad Social o Muface en el que se especifique que el tratamiento no está cubierto por dichos organismos o bien la necesidad urgente de recibirlo		<input type="checkbox"/>
* En el caso de tratamientos de salud mental y fertilización, certificación acreditativa de no haber podido acceder a esa prestación en la sanidad pública		<input type="checkbox"/>

DISCAPACIDAD		CAUSANTE DE LA AYUDA
DISCAPACIDAD	EMPLEADO/A <input type="checkbox"/>	
	FAMILIARES <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA		
* Fotocopia de la certificación acreditativa del grado de discapacidad y dictamen técnico facultativo.....		
* Facturas o recibos originales justificativos del gasto		
* En la modalidad 2.5 declaración jurada indicando el medio de transporte utilizado		



CUIDADO DE ASCENDIENTES	CAUSANTE DE LA AYUDA
CUIDADO DE ASCENDIENTES <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA	
* Certificado de ingresos del año 2017 del/de la causante de la ayuda..... <input type="checkbox"/>	
* Informe médico o del/de la asistente social que acredite el grado de dependencia, situación física y psíquica y necesidad de concurso de una tercera persona para las necesidades básicas de la vida..... <input type="checkbox"/>	
* Facturas o recibos justificativos del gasto del Centro de día ó de la Residencia de la 3ª edad <input type="checkbox"/>	
* Documentos que acrediten la relación de parentesco con el/la solicitante <input type="checkbox"/>	

NATALIDAD, ADOPCIÓN Y ACOGIMIENTO	CAUSANTE DE LA AYUDA
NATALIDAD <input type="checkbox"/> ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> TUTELA <input type="checkbox"/> ACOGIMIENTO <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA	
* Fotocopia del certificado de nacimiento o del libro de familia <input type="checkbox"/>	
* Documento que acredite la situación de acogimiento o adopción <input type="checkbox"/>	
* Fotocopia resolución judicial en el caso de tutela definitiva <input type="checkbox"/>	

CUIDADO INFANTIL HASTA 3 AÑOS	CAUSANTE DE LA AYUDA
GUARDERÍA <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA	
* Justificantes mensuales de pago o certificado del Centro en el que se especifique el gasto mensual y el periodo de asistencia <input type="checkbox"/>	

CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL (CAMPAMENTOS)	CAUSANTE DE LA AYUDA
CAMPAMENTOS <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA	
* Facturas o recibos justificativos del gasto <input type="checkbox"/>	



<input type="checkbox"/> AREA DE APOYO AL BIENESTAR SOCIAL	
AYUDAS DE TRANSPORTE	
Nº DE MESES:	IMPORTE TOTAL:
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA	
* Fotocopia de la tarjeta de Abono Transporte o título individual y nominativo anual o mensual de los cupones adquiridos <input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> AREA DE FORMACIÓN Y PROMOCIÓN		
PARA ESTUDIOS DE HIJOS E HIJAS (INFANTIL-PRIMARIA-SECUNDARIA-BACHILLERATO Y FP-UNIVERSIDAD)		
ESTUDIOS	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA		
* Certificado de inscripción o fotocopia de la matrícula <input type="checkbox"/>		
* Justificante del importe abonado en concepto de matrícula en el caso de estudios universitarios <input type="checkbox"/>		

ESTUDIOS PARA EMPLEADOS Y EMPLEADAS	
<input type="checkbox"/>	Modalidad 2.1 EDUCACIÓN SECUNDARIA, BACHILLERATO, FORMACIÓN PROFESIONAL Y ACCESO A LA UNIVERSIDAD PARA MAYORES DE 25 Y 45 AÑOS
<input type="checkbox"/>	Modalidad 2.2 ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
<input type="checkbox"/>	Modalidad 2.3 ESTUDIOS EN ESCUELAS OFICIALES DE IDIOMAS
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA	
<input type="checkbox"/>	* Modalidad 2.1 Documento acreditativo para los estudios que se realizan en el curso 2017/18 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* Modalidad 2.2 Fotocopia de la matrícula de la Universidad curso 2017/18 , justificante de pago y en el caso de que se curse la última asignatura de la carrera documentación que acredite dicha situación <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* Modalidad 2.3 Justificante de la matrícula en E.O.I y justificante de pago curso 2017/18 <input type="checkbox"/>
PROMOCIÓN DE EMPLEADOS Y EMPLEADAS	
<input type="checkbox"/>	Modalidad 2.1 MATRICULACIÓN EN CENTROS DE PREPARACIÓN DE PRUEBAS SELECTIVAS PARA ACCEDER A CUERPOS, ESCALAS, GRUPOS O CATEGORÍAS PROFESIONALES DE LA AGE
<input type="checkbox"/>	Modalidad 2.2 DESPLAZAMIENTOS PARA PRESENTACIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS PARA ACCEDER A CUERPOS, ESCALAS, GRUPOS O CATEGORÍAS PROFESIONALES DE LA AGE
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA	
<input type="checkbox"/>	* Certificado de presentación a examen. Para la modalidad 2.1 también podrá aportarse justificante de abono de los derechos de examen en el caso de que las pruebas selectivas no se hayan celebrado antes de la finalización del plazo de presentación de solicitudes <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* Facturas o recibos justificativos de los gastos realizados <input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/> AYUDAS EXTRAORDINARIAS
INDICAR LA CIRCUNSTANCIA EXTRAORDINARIA QUE MOTIVA LA SOLICITUD:
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA (AYUDA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO)
* Documentos acreditativos que justifiquen la excepcionalidad de la situación <input type="checkbox"/>
* Facturas o recibos originales justificativos del gasto <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> AYUDAS POR VIOLENCIA DE GÉNERO
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA
* Fotocopia de la correspondiente denuncia policial <input type="checkbox"/>
* Facturas o recibos justificativos del gasto <input type="checkbox"/>

Declaro bajo mi responsabilidad (señale con lo que proceda):

- Que los beneficiarios/as de la ayuda conviven y dependen económicamente de mí y no han percibido ingresos superiores al IPREM durante el año 2017.
- Que no he solicitado ni recibido ayuda para la misma finalidad en otro Organismo.
- Que he solicitado ayuda económica a y me ha sido concedida la cantidad de€ en concepto de
- Que he solicitado ayuda económica a y me ha sido denegada
- Que el otro progenitor no ha solicitado ni recibido ayuda por **Guardería y estudios de hijos/as.**
- Que los estudios universitarios de los empleados/as no corresponden a segundas titulaciones universitarias.

El/La abajo firmante declara bajo su responsabilidad que acepta las bases de la convocatoria, que cumple los requisitos exigidos por la misma y que son ciertos todos los datos que constan en esta solicitud.

En, a de de 2018.

Firma