



PROCEDEMENTO <b>NOVO INGRESO EN ESCOLAS INFANTÍS 0-3</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS404A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUDE</b>
---	---	--------------------------------

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

EN CALIDADE DE  
 NAI       PAI       ACOLLEDOR/A       TITOR/A LEGAL

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO MÓBIL  TELÉFONO FIXO  CORREO ELECTRÓNICO

MEDIO DE COMUNICACIÓN PREFERENTE  
 TELÉFONO       CORREO ELECTRÓNICO

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN** (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

**ENDEREZO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN** (non é necesario se coincide co anterior)

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO  FAX  CORREO ELECTRÓNICO

**DATOS DA NENA OU DO NENO**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

GRUPO DE IDADE O QUE ACCEDE  DISCAPACIDADE  SI    NON   DATA DE ACOLLEMENTO (no caso de menores acollidas/os)  SEXO  HOME    MULLER

**DATOS DA UNIDADE FAMILIAR** (incluída a persoa solicitante)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF	DATA DE NACEMENTO	PARENTESCO

Nº DE MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR



**CENTROS SELECCIONADOS POR ORDE DE PREFERENCIA**

**NOME DO CENTRO**

1ª OPCIÓN

2ª OPCIÓN



**HORARIO QUE SOLICITA**

Xornada continuada de  horas a  horas

Xornada partida de  horas a  horas e de  horas a  horas

Media xornada de  horas a  horas

**COMEDOR**

Atención con comedor  Atención sen comedor

(Límite 8 horas de asistencia dentro da xornada solicitada, agás as causas referidas no artigo 25.1 do RRI)

**CANDIDATO A CHEQUE INFANTIL**

SI  NON

**SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR**

- Número de membros que compoñen a unidade familiar

- Número de membros que non formando parte da unidade familiar estean a cargo dela

- Número de membros, incluída a persoa solicitante, con enfermidade ou discapacidade

Tipo de enfermidade ou discapacidade:

Nai

Pai

Outros membros

• Discapacidade




• Enfermidade crónica que requira internamento periódico




• Alcohólicismo ou drogodependencias




- Condición de familia monoparental

SI  NON

- Ausencia do fogar familiar de ámbolos dous membros parentais

SI  NON

- Condición de familia numerosa

SI  NON

- Condición de fillo/a de persoal do centro

SI  NON

- Condición de familia acolledora

SI  NON

- Neno/a para quen se solicita praza nacido/a en parto múltiple

SI  NON

- Irmá/án con praza renovada ou de novo ingreso no centro para o vindeiro curso

Nome da nena ou do neno

Centro o que asiste



Outras circunstancias familiares debidamente acreditadas

**SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR**

- Ocupación laboral

Nai

Pai



- Desemprego



- Beneficiario/a do tramo de inserción (RISGA)



- Outras situacións



**A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA**

Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.



**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU SE DECLARA ESTAR EN PODER DA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE**

- Anexo II.
- Anexo III.
- Xustificante de ocupación ou de desemprego (copia da última nómina, certificado de vida laboral, certificación de empresa, último recibo do pagamento da cota á Seguridade Social no Réxime Especial de Traballadores por conta propia ou certificación de ser demandante de emprego).
- Certificado de empadramento da crianza e dun dos proxenitores ou representante legal que será expedido polo concello no que residan (con efectos dende o día anterior ao comezo de prazo de presentación de solicitudes)
- Nos casos de non estar censado no concello onde está a escola, pero algún dos proxenitores ou representante legal da crianza teña o seu posto de traballo no concello no que estea a escola, achegarse certificado da empresa, institución ou administración correspondente.

	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTE.	ANO
<input type="checkbox"/> Copia do Libro de Familia, no seu defecto outro documento que acredite oficialmente a situación familiar.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidade do grao e nivel de dependencia do neno ou da nena e informe sobre a necesidade de integración nunha escola infantil, se é o caso, só nos supostos de que non sexa expedido pola Comunidade Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa do acollemento non constituído na Comunidade Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Informe social no caso de membros que non formando parte da unidade familiar estean ao seu cargo.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidade do grao e nivel de dependencia alegada polos membros da unidade familiar, só no caso de que non sexa expedido pola Comunidade Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Informe médico no caso de enfermidades crónicas ou outras afeccións alegadas polos membros da unidade familiar.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de convivencia e, se é o caso, sentenza de separación/divorcio, convenio regulador ou medidas paterno-filiais	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Copia do Título de Familia Numerosa, só no caso de que non sexa expedido pola Comunidade Autónoma de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Informe social no caso de ausencia do fogar dos dous membros parentais no suposto de que sexa necesario por falta de acreditación documental suficiente ou por situacións especiais nas que viva a unidade familiar.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa da condición de vítima de violencia de xénero.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de empadramento, no suposto de centros situados en concellos limítrofes con outras comunidades autónomas.	<input type="checkbox"/>			

Autorizo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, de conformidade co artigo 35.f) da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, e o artigo 4 da Orde do 12 de xaneiro de 2012 pola que se regula a habilitación de procedementos administrativos e servizos na Administración xeral e no sector público autonómico de Galicia, a consultar a documentación indicada anteriormente.

Así mesmo, declaro que a devandita documentación está vixente e que non transcorreron máis de cinco anos desde a finalización do procedemento o que corresponde.

Autorizo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar para consultar os datos de identidade da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro e a Orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI  NON (neste caso achegarse a documentación correspondente)

Autorizo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar para consultar os datos da declaración do IRPF do ano 2013 que obran en poder da Axencia Estatal de Administración Tributaria, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

SI  NON (neste caso achegarse a documentación correspondente)

Autorizo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar para consultar os datos de discapacidade do grao e nivel de dependencia da nena ou do neno que obran en poder da Administración Autonómica, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

SI  NON (neste caso achegarse a documentación correspondente)

Autorizo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar para consultar os datos do título de familia numerosa que obran en poder da Administración Autonómica, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

SI  NON (neste caso achegarse a documentación correspondente)



En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal infórmase que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade do Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, cuxa finalidade é a xestión e rexistro deste procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Xerencia do Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a [consorcio@igualdadebenestar.org](mailto:consorcio@igualdadebenestar.org)

#### LEXISLACIÓN APLICABLE

Resolución do 27 de xaneiro de 2015, pola que se regula o procedemento de adxudicación de prazas nas escolas infantís 0-3 dependentes do Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar para o curso 2015/2016.

#### SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

,  de  de





**DATOS DO/A CÓNXUXE, PARELLA DE FEITO OU DE ANÁLOGA RELACIÓN DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorizo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar para consultar os meus datos de identidade no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro e a Orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI  NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, de conformidade co artigo 2.4 da Orde do Ministerio de Economía e Facenda do 18 de novembro de 1999, para que solicite da Axencia Estatal de Administración Tributaria os datos relativos o cumprimento das miñas obrigas tributarias estatais, así como, para a comprobación dos datos de carácter tributario necesarios para a determinación da renda da unidade familiar.

SI  NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar para consultar os datos relativos o cumprimento das miñas obrigas tributarias coa Comunidade Autónoma, que obran en poder da Administración Autonómica, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

SI  NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

**SINATURA DO/A CÓNXUXE, PARELLA DE FEITO OU PERSOA CON RELACIÓN ANÁLOGA**

Lugar e data

,  de  de





(Cubrirase só no caso de optar á axuda de cheque infantil)

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

EN CALIDADE DE  
 NAI  PAI  ACOLLEDOR/A  TITOR/A LEGAL

**DATOS DA NENA OU DO NENO**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN** (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

**A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA**

Como solicitante da axuda do programa cheque infantil en escolas infantís 0-3 non sostidas con fondos públicos

1. Que en relación con outras axudas concedidas ou solicitadas:

- Non solicitou nin se lle concedeu ningunha outra axuda para este mesmo fin das administracións públicas ou doutros entes públicos ou privados.
- Si solicitou e/o se lle concederon outras axudas para este mesmo fin, que son as que a seguir se relacionan:

ORGANISMO	ANO	IMPORTE (€)	DISPOSICIÓN REGULADORA

2. Que en relación coas obrigas tributarias e coa Seguridade Social

- Estar ao día no cumprimento das súas obrigas coa Seguridade Social.
- Estar ao día nas súas obrigas tributarias, coa Comunidade Autónoma e non ser debedor por resolución de procedencia de reintegro.

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

,  de  de

