

G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2008 (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"/>	<input type="checkbox"/>
Madre/Tutor	<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"/>
.....	<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:

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 CONCURRIRÁN A 31 DE DICIEMBRE DE 2008.

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 solicita 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 SI 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 :

- Que SI NO da su autorización para, en caso de que el órgano gestor lo estime oportuno, recibir notificaciones relacionadas con la solicitud de esta ayuda en el número de teléfono móvil indicado en la página 1. (Indique con una X lo que proceda)

....., a de de 2009

Firma del/de la 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 2009- 2010

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

CERTIFICACIONES

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

CERTIFICA:

- Que el/la alumno/a
está escolarizado/a en el Centro

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES ESPECÍFICO ORDINARIO CON UU.EE

- Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:
Discapacidad Trastorno grave de conducta Alta capacidad

- Que tiene necesidad de recibir:

REEDUCACIÓN { PEDAGÓGICA
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 dede 2009

Firmado:

Sello

B) A CUMPLIMENTAR POR EL GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN O PROGRAMA ESPECIAL PARA PERSONAS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES.

- PEDAGÓGICA - CUANTÍA MENSUAL

- LENGUAJE - CUANTÍA MENSUAL.....

- PROGRAMA ESPECÍFICO A. CON ALTAS CAPACIDADES. - CUANTÍA MENSUAL

- N.I.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Nº 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 dede 2009

Firmado:

C) 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./Dª..... Secretario-a/Director-a
del Centro Docente Código

CERTIFICO que el/la alumno/a al que se refiere la presente solicitud tiene reservada plaza en este Centro para el curso académico 2009/10. 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.

Sello del Centro

El/la Secretario/a/ Director/a