



**CONSENTIMIENTO Y DEBER DE INFORMAR A LOS INTERESADOS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

He sido informado de que esta Entidad va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación adjunta que la acompaña para la realización de actuaciones administrativas | **Responsable:** Ayuntamiento de Tocina | **Finalidad:** Gestión del trámite administrativo | **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros sin consentimiento expreso, salvo a otras Administraciones Públicas y origen legal | **Derechos:** Acceso, rectificación, supresión "derecho al olvido", limitación del tratamiento, oposición | **Información adicional:** <http://www.tocinalosrosales.es/es/politicaprivacidad>

**IMPORTANTE**

**Es muy importante que lea detenidamente esta solicitud antes de rellenarla. Recuerde que debe rellenar todos los campos que se le requieren así como aportar la documentación necesaria para valorar su solicitud.** Vº Bº Ayuntamiento

**Si Ud. o alguien de su unidad familiar han trabajado, recuerde que debe aportar las nóminas, los contratos de trabajo, los certificados de empresa, los certificados de jornadas reales, etc. que permitan comprobar los ingresos obtenidos. En caso de no aportar dicha documentación, cuando salga el listado provisional aparecerá como excluido y tendrá un nuevo plazo para presentarlo. Si finalmente no lo presenta, quedará excluido del programa.**

**Por último, antes de presentar la solicitud, junto con la documentación que la acompaña, deberá acudir a los Servicios Sociales Comunitarios o bien al departamento de RRHH para que le revisen la solicitud y le firmarán en el lado derecho el visto bueno que aparece. No obstante, el visto bueno, no significa que esté toda la documentación que Ud. deba aportar, pues eso lo desconocen los técnicos.**

**DATOS DE LA PERSONA INTERESADA**

Nombre y Apellidos

D.N.I./N.I.E.

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**(Si lo presenta otra persona en su lugar recuerde que deberá aportar el documento de representación)**

Nombre y Apellidos

D.N.I./N.I.E.

**NOTIFICACIONES**

Indíquenos como quiere que nos comuniquemos con Ud. en relación a este procedimiento. Recuerde que si se encuentra en alguno de los supuestos contemplados en el art. 14.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo y Común de las Administraciones Públicas, tiene la obligación de relacionarse con este Ayuntamiento a través de medios telemáticos. Así mismo si no marca ninguna casilla se entenderá que opta por la comunicación por medios telemáticos.

Sede electrónica

Correo electrónico

Dirección postal

Dirección

C.P.

Municipio

Provincia

Teléfono

## DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Libro de Familia.
- Si es víctima de violencia de género, acreditación correspondiente.
- En caso de separación o divorcio, acreditación de la misma o medidas paternas filiales.
- Certificación de estar inscrito en el Registro de Uniones de Hecho que corresponda.
- Si no autoriza al Ayuntamiento a su consulta, declaración del I.R.P.F. del año anterior. (En el caso de no estar obligada a realizar la Declaración de la Renta, deberá presentar los ingresos de los últimos 12 meses, de todos los miembros de la unidad familiar, que servirán para la comprobación de los requisitos económicos).
- Otra documentación

## DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

**Deben firmar e incluirse en esta relación a todas las personas que formen parte de la unidad familiar.**

(En caso de haber menores de 16 años firmarán los tutores legales).

### Solicitante

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos <sup>(1)</sup>
<input type="text"/>				

- Tengo discapacidad o soy dependiente       Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de mi D.N.I. / N.I.E.               | <input type="checkbox"/> del Certificado de Discapacidad                 |
| <input type="checkbox"/> del Título de Familia Numerosa.     | <input type="checkbox"/> del Reconocimiento de Situación de Dependencia. |
| <input type="checkbox"/> de mi Vida Laboral.                 | <input type="checkbox"/> de mi situación como Demandante de Empleo.      |
| <input type="checkbox"/> del Padrón Municipal de Habitantes. | <input type="checkbox"/> de mi declaración del I.R.P.F.                  |

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

**(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos desde el 01/02/2020 al 31/07/2020.**

### 1<sup>er</sup> miembro de la unidad familiar (Pareja)

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos <sup>(1)</sup>
<input type="text"/>				

- Tengo discapacidad o soy dependiente       Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de mi D.N.I. / N.I.E.               | <input type="checkbox"/> del Certificado de Discapacidad                 |
| <input type="checkbox"/> del Título de Familia Numerosa.     | <input type="checkbox"/> del Reconocimiento de Situación de Dependencia. |
| <input type="checkbox"/> de mi Vida Laboral.                 | <input type="checkbox"/> de mi situación como Demandante de Empleo.      |
| <input type="checkbox"/> del Padrón Municipal de Habitantes. | <input type="checkbox"/> de mi declaración del I.R.P.F.                  |

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

**(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos desde el 01/02/2020 al 31/07/2020.**

**2º miembro de la unidad familiar (Primer hijo)**

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos <sup>(1)</sup>
<input type="text"/>				

Tengo discapacidad o soy dependiente       Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de mi D.N.I. / N.I.E.               | <input type="checkbox"/> del Certificado de Discapacidad                 |
| <input type="checkbox"/> del Título de Familia Numerosa.     | <input type="checkbox"/> del Reconocimiento de Situación de Dependencia. |
| <input type="checkbox"/> de mi Vida Laboral.                 | <input type="checkbox"/> de mi situación como Demandante de Empleo.      |
| <input type="checkbox"/> del Padrón Municipal de Habitantes. | <input type="checkbox"/> de mi declaración del I.R.P.F.                  |

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

**(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos desde el 01/02/2020 al 31/07/2020.**

(continúa)

**3º miembro de la unidad familiar (Segundo hijo)**

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos <sup>(1)</sup>
<input type="text"/>				

Tengo discapacidad o soy dependiente       Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de mi D.N.I. / N.I.E.               | <input type="checkbox"/> del Certificado de Discapacidad                 |
| <input type="checkbox"/> del Título de Familia Numerosa.     | <input type="checkbox"/> del Reconocimiento de Situación de Dependencia. |
| <input type="checkbox"/> de mi Vida Laboral.                 | <input type="checkbox"/> de mi situación como Demandante de Empleo.      |
| <input type="checkbox"/> del Padrón Municipal de Habitantes. | <input type="checkbox"/> de mi declaración del I.R.P.F.                  |

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

**(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos desde el 01/02/2020 al 31/07/2020.**

**4º miembro de la unidad familiar (Tercer hijo)**

Nombre y Apellidos	D.N.I./N.I.E.	F. Nacimiento	Parentesco	Ingresos <sup>(1)</sup>
<input type="text"/>				

Tengo discapacidad o soy dependiente       Soy víctima de violencia de género

NO presto mi consentimiento para la consulta (si no lo presta debe marcar la casilla que considere pero deberá aportarlo Ud)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de mi D.N.I. / N.I.E.               | <input type="checkbox"/> del Certificado de Discapacidad                 |
| <input type="checkbox"/> del Título de Familia Numerosa.     | <input type="checkbox"/> del Reconocimiento de Situación de Dependencia. |
| <input type="checkbox"/> de mi Vida Laboral.                 | <input type="checkbox"/> de mi situación como Demandante de Empleo.      |
| <input type="checkbox"/> del Padrón Municipal de Habitantes. | <input type="checkbox"/> de mi declaración del I.R.P.F.                  |

Firma

En caso de no prestar su consentimiento explique el motivo:

**(1) Debe consignar el importe de los ingresos obtenidos desde el 01/02/2020 al 31/07/2020.**

## OTROS DATOS

A continuación aparece una serie de información que servirá para que la Comisión Técnica valore su solicitud. Por favor marque aquellas casillas que considere que reúne el requisito. Recuerde que todos estos datos serán comprobados tanto por las trabajadoras sociales como por la Comisión Técnica.

- Encontrarse en situación de riesgo de exclusión social agravada por la situación generada por la pandemia de COVID-19
- No haber sido seleccionado para participar en el programa de Prevención para la Exclusión Social de 2020.
- No tener ningún ingreso en el momento de la solicitud ningún miembro de la unidad familiar.
- No tener ningún ingreso en el momento de la solicitud la persona solicitante.
- No haber trabajado más de 180 días en los 12 meses anteriores.
- No haber trabajado más de 180 días en los 12 meses anteriores ningún miembro de la unidad familiar..
- Personas pertenecientes a unidades familiares que tengan menores a su cargo.
- Personas pertenecientes a unidades familiares que tengan personas dependientes o con discapacidad a su cargo.
- Miembros de unidades familiares en las que convivan jóvenes que tengan dificultades económicas para continuar sus estudios universitarios o ciclos formativos.
- Mujeres en situación de riesgo, con carácter preferente víctimas de violencia de género.
- Persona solicitante que forma parte de una unidad familiar que tenga la condición de familia numerosa de conformidad con la legislación vigente.
- Persona perteneciente a una unidad familiar monoparental, con al menos un hijo a su cargo.
- Persona con préstamos, hipotecas o alquiler.
- Persona necesitada de un mes de trabajo para recibir una prestación.

## SOLICITUD Y DECLARACIÓN

**Solicito** formar parte en el Programa Extraordinario para la Prevención de la Exclusión social.

**Declaro** bajo mi expresa responsabilidad que todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

En  a  de  de 20

Firma de la persona interesada

Firma de la persona representante