

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN COFINANCIADA POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO A LAS FAMILIAS DE CASTILLA Y LEÓN PARA LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS EN ESCUELAS, CENTROS Y GUARDERÍAS INFANTILES 2009

1. DATOS DEL/OS SOLICITANTE/S (La solicitud deberá ser cumplimentada y firmada por el padre y la madre o personas que tengan a su cargo al niño y formen parte de la misma unidad familiar o, en su caso, por el padre o la madre y su cónyuge o pareja con la que conviva habitualmente.)

DATOS PADRE/TUTOR

1 ^{ER} APELLIDO				NIVEL DE ESTUDIOS: Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios/F.P. <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
2 ^º APELLIDO				
NOMBRE	DNI/NIE:		¿Ha trabajado durante el período por el que se solicita la subvención? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	EDAD:			

DATOS MADRE/TUTORA

1 ^{ER} APELLIDO				NIVEL DE ESTUDIOS: Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios/F.P. <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
2 ^º APELLIDO				
NOMBRE	DNI/NIE:		¿Ha trabajado durante el período por el que se solicita la subvención? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	EDAD:			

2. DATOS DEL MENOR QUE ASISTE AL CENTRO (Nacidos a partir del 1 de enero de 2006)

1 ^{ER} APELLIDO				FECHA DE NACIMIENTO		
2 ^º APELLIDO				DÍA	MES	AÑO
NOMBRE						

3. DOMICILIO

CALLE				Nº	PISO	LETRA
LOCALIDAD	C.P.	PROVINCIA		TFNO.		

4. SITUACIÓN FAMILIAR

NÚMERO DE HIJOS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR (EL DESCUENTO DE 1500€ SOLO SE COMPUTARÁ EN CASO DE RELLENAR ESTA CASILLA) <input type="text"/>			
MATRIMONIO <input type="checkbox"/>	SEPARACIÓN/DIVORCIO <input type="checkbox"/>	UNIÓN DE HECHO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR:.....

5. PERIODO POR EL QUE SE SOLICITA LA AYUDA

AÑO 2008				AÑO 2009							
SEP. <input type="checkbox"/>	OCT. <input type="checkbox"/>	NOV. <input type="checkbox"/>	DIC. <input type="checkbox"/>	ENE. <input type="checkbox"/>	FEB. <input type="checkbox"/>	MAR. <input type="checkbox"/>	ABR. <input type="checkbox"/>	MAY. <input type="checkbox"/>	JUN <input type="checkbox"/>	JUL. <input type="checkbox"/>	AGO. <input type="checkbox"/>

El/Los interesado/s

DECLARA/N

- Que no está/n incurso/s en ninguna de las prohibiciones del artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
- Que se halla/n empadronado/s en un Municipio de Castilla y León.
- Que el número de hijos que conviven en el domicilio familiar son los consignados en el impreso de solicitud.
- Que se halla/n al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social, no teniendo impagada deuda vencida por ningún concepto con la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Que es/son titular/es de la Cuenta Bancaria siguiente, en la que solicita/h que, en caso de ser beneficiario/s, se haga efectivo el pago de la subvención (cumplimentar TODOS los dígitos).

ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Que los datos consignados en la presente solicitud son ciertos.

AUTORIZA/N a la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la información que estime precisa para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en cuya virtud deba pronunciarse la resolución, para obtener directamente de la Tesorería General de la Seguridad Social la información referida a su situación laboral durante el periodo para el que se solicita la subvención para la comprobación de la elegibilidad del gasto a efectos de su justificación ante el FSE y a recibir información de la convocatoria por SMS SI NO Teléfono móvil

Asimismo, **SOLICITA/N** que le/s sea concedida la subvención a la que se refiere esta solicitud.

En.....a.....de.....de.....

(FIRMA DEL PADRE)

(FIRMA DE LA MADRE)

A CUMPLIMENTAR POR EL DIRECTOR/A DEL CENTRO

Nombre de la Escuela, Centro o Guardería Infantil			
Localidad	Provincia		
Dirección	Teléfono		
Nombre y Apellidos del Director/a	D.N.I./N.I.E.		
CERTIFICO que el menor ha asistido al Centro, y que el importe abonado durante el período para el que se solicita la subvención ha sido el siguiente:			
GASTOS DE PREINSCRIPCIÓN			€
MATRICULA			€
NÚMERO DE MESES DE ASISTENCIA 2008	IMPORTE ABONADO 2008		€
NÚMERO DE MESES DE ASISTENCIA 2009	IMPORTE ABONADO 2009		€
		TOTAL ABONADO	€
.....a.....de.....de 2009		SELLO DEL CENTRO	
FIRMA			

Por la firma de la presente certificación el Director/a se compromete a facilitar a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades la información que le sea requerida relativa a estas subvenciones.

Doy mi **CONSENTIMIENTO** para que los datos e informaciones aportados en el presente procedimiento, sean almacenados y codificados con la finalidad de su posterior utilización en otros procedimientos administrativos en el que fueran requeridos, de conformidad con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y en los artículos 11.1 y 41.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades le informa de que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, C/Mieses, 26, 47009 Valladolid
Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

EXCMO. SR. CONSEJERO DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES