



PROCEDEMENTO <b>PROGRAMA DE ESTADÍAS DE TEMPO LIBRE PARA MULLERES SOAS CON RESPONSABILIDADES FAMILIARES NON COMPARTIDAS</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>SI447A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUDE</b>
--	---	--------------------------------

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF/NIE

ENDEREZO  LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL  PROVINCIA  CONCELLO

TELÉFONO  MÓBIL  CORREO ELECTRÓNICO

DATA DE NACEMENTO  NACIONALIDADE

DISCAPACIDADE ≥ 33 %  SI  NON ORGANISMO QUE EXPEDIU A CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DA DISCAPACIDADE, SE É O CASO  XUNTA DE GALICIA  OUTRO:

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

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

ENDEREZO  LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL  PROVINCIA  CONCELLO

TELÉFONO  FAX  CORREO ELECTRÓNICO

**RELACIÓN DE MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR** (sinalar as/os menores que a acompañarán na estadia)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	SEXO	DATA NACEMENTO	ACOMPÁÑAA NA ESTADÍA
			<input type="radio"/> MULLER <input type="radio"/> HOME		<input type="checkbox"/>
			<input type="radio"/> MULLER <input type="radio"/> HOME		<input type="checkbox"/>
			<input type="radio"/> MULLER <input type="radio"/> HOME		<input type="checkbox"/>
			<input type="radio"/> MULLER <input type="radio"/> HOME		<input type="checkbox"/>

**FILLAS/OS DA SOLICITANTE, OU MENORES ACOLLIDOS/AS, CON DISCAPACIDADE RECOÑECIDA IGUAL OU SUPERIOR AO 33 %**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	ORGANISMO QUE EXPEDIU A CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DA DISCAPACIDADE
			<input type="radio"/> XUNTA DE GALICIA <input type="radio"/> OUTRO: <input type="text"/>
			<input type="radio"/> XUNTA DE GALICIA <input type="radio"/> OUTRO: <input type="text"/>

**CENTRO DE REFERENCIA PARA A XESTIÓN DA SÚA SOLICITUDE (CIM, SERVIZOS SOCIAIS, CENTRO DE ACOLLIDA ETC.)**

NOME DO CENTRO  TELÉFONO DO CENTRO



**DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA**

- Copia compulsada da documentación acreditativa de fillas/os e/ou menores en acollida, a cargo da solicitante.
- Copia compulsada da acreditación da discapacidade da solicitante e/ou das súas fillas/os e/ou menores en acollida, a cargo da solicitante, nos supostos en que esta fora expedida por unha Administración distinta á da Xunta de Galicia.
- Declaración responsable da situación económica (anexo II) acompañada dos documentos xustificativos.
- Informe do centro de acollida para vítimas de violencia de xénero, se é o caso.
- Acreditación da situación de violencia de xénero, se é o caso.
- Copia compulsada da tarxeta de demandante de emprego, se é o caso.
- Declaración responsable (anexo III).
- Informes médicos do Servizo Galego de Saúde (referidos á solicitante e ás súas fillas/os e/ou menores en acollida, que a vaian acompañar).
- Copia do DNI/NIE, no caso de non autorizar a consulta.
- Certificado de empadramento, no caso de non autorizar a consulta.
- Outro

**DECLARA**

- Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se xuntan son certos, que non se omiten datos, que coñece as posibles responsabilidades existentes nos supostos de ocultación, falseamento de datos ou calquera outra actuación fraudulenta.
- Que coñece e acepta todas as obrigas establecidas para as persoas beneficiarias destas axudas nas bases reguladoras e na orde de convocatoria.
- Que se atopa ao día das obrigas tributarias e coa Seguridade Social e que non ten pendente de pagamento ningunha débeda coa Administración pública da comunidade autónoma, de acordo co establecido no artigo 11 do Decreto 11/2009, do 8 de xaneiro, polo que se aproba o regulamento da Lei 9/2007, do 13 de xuño, de subvencións de Galicia.
- Que dá expresamente o seu consentimento para que a Secretaría Xeral da Igualdade complete o expediente administrativo, e para realizar as comprobacións oportunas que acrediten a veracidade dos datos ou documentos achegados no procedemento administrativo e para obter a información adicional que fose necesaria para a axeitada estimación dos ingresos ou recursos económicos e que consente expresamente a comunicación dos datos ao organismo ou persoas directamente relacionadas coa Secretaría Xeral da Igualdade para os efectos da organización e desenvolvemento das estadias.

Autorizo a Secretaría Xeral da Igualdade, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e coa Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos datos de identidade da solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas.

SI  NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a Secretaría Xeral da Igualdade, de conformidade co artigo 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e coa Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos datos de residencia da solicitante no Sistema de verificación de datos de residencia do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas.

SI  NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais recollidos nesta solicitude se incorporarán a un ficheiro para o seu tratamento, coa finalidade da xestión deste procedemento. Vostede pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición previstos na lei mediante un escrito dirixido a este centro directivo como responsable do ficheiro.

**LEXISLACIÓN APLICABLE**

Orde do 29 de abril de 2013 pola que se regulan as bases para a concesión das estadias de tempo libre para mulleres soas con responsabilidades familiares non compartidas e se procede á súa convocatoria para o ano 2013.

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

,  de  de



DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

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

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN**

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

**DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE OS SEGUINTES BENS, DEREITOS E/OU RENDEMENTOS**

1. RENDEMENTOS MENSUAIS ÍNTEGROS DO TRABALLO<sup>(1)</sup> da solicitante ou do conxunto da unidade familiar, segundo o caso.

PERCEPTOR/A (indicar os/as que proceda)	CONTÍA MENSUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. RENDEMENTOS DO CAPITAL MOBILIARIO E INMOBILIARIO<sup>(1)</sup> da solicitante ou do conxunto da unidade familiar, segundo o caso (incluíndo os incrementos do patrimonio. Exceptúase a vivenda habitual).

TITULAR (indicar os/as que procedan)	CONCEPTO	CONTÍA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. RENDEMENTOS DAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS<sup>(1)</sup> da solicitante ou do conxunto da unidade familiar, segundo o caso.

CONCEPTO	CONTÍA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. INGRESOS DE NATUREZA PRESTACIONAL<sup>(1)</sup> da solicitante ou do conxunto da unidade familiar, segundo o caso (agás as asignacións económicas da Seguridade Social por filla/o ou menor en acollida, a cargo).

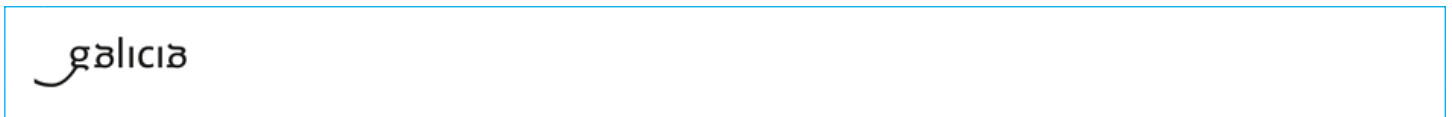
CONCEPTO	CONTÍA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Se non houbese, indicar "NINGÚN".

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	----	----------------------	----	----------------------





DECLARACIÓN RESPONSABLE

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

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

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN

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

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE (sinalar o que proceda)

- Que teño responsabilidades familiares non compartidas e que non convivo con parella afectiva.
- Que nunca disfrutei do programa de estadias de tempo libre para mulleres soas con responsabilidades familiares non compartidas nin doutro de características similares.
- Que disfrutei do programa de estadias de tempo libre para mulleres soas con responsabilidades familiares non compartidas ou doutro de características similares, no ano .

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

,  de  de