



CONCELLO DE BARBADÁS

SOLICITUDE DE INSCRICIÓN NA ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL DE BARBADÁS CURSO 2019-2020

DATOS DO/A NENO/A

APELIDOS	NOME	DATA DE NACEMENTO
----------	------	-------------------

DISCAPACIDADE: SI NON

DATOS DO SOLICITANTE: PAI, NAI, TITOR LEGAL OU ACOLLEDOR/A:

APELIDOS	NOME	NIF
ENDEREZO		
CONCELLO	PROVINCIA	CODIGO POSTAL
MÓVIL PAI	MOVIL NAI	
TELÉFONO DE URXENCIA	TELÉFONO TRABALLO	
Nº DE CONTA (IBAN)		

DATOS DA UNIDADE FAMILIAR:

APELIDOS E NOME (INCLUIDO O SOLICITANTE)	NIF	DATA NACEMENTO	PARENTESCO

Nº DE MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR:

FILLO /A DO PERSOAL DO CONCELLO

SERVICIOS SOLICITADOS:

XORNADA COMPLETA

MEDIA XORNADA

BONO CONCILIA: SI NO

ATENCION CON COMEDOR

ATENCION SEN COMEDOR

HORARIO QUE SOLICITA:

XORNADA CONTINUADA DE Horas, A Horas.

XORNADA PARTIDA DE Horas A Horas E DE Horas A Horas

XORNADA DE TARDE DE H, A H

Límite de 8 horas de asistencia dentro da xornada solicitada, excepto causas referidas no artigo 4 desta resolución.





CONCELLO DE BARBADÁS

SITUACION SOCIOFAMILIAR

- Número de membros menores que componen a unidade familiar.....
- Número de membros que, non formando parte da unidade familiar, estean a cargo desta.....
- Número de membros, incluído/a o/a solicitante, con enfermidade ou minusvalidez.....

Tipo de enfermidade ou minusvalía:

- | | Pai | Nai | Outros membros |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Minusvalidez física, psíquica ou sensorial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Enfermidade crónica que requira internamento periódico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Alcoholismo ou drogodependencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Condición familiar monoparental SI NON
- Ausencia do fogar familiar de ambos os dous membros parentais SI NON
- Condición de familia numerosa SI NON
- Irmá(s)/án (s) con praza renovada no centro para o vindeiro curso

.....
-Calquera outra circunstancia grave.....

SITUACION LABORAL FAMILIAR:

- | | Pai | Nai |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - OCUPACION LABORAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - DESEMPREGO CON PRESTACIÓN ECONÓMICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - DESEMPREGO SEN PRESTACIÓN ECONÓMICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-OUTRAS SITUACIÓNS:
.....
.....





CONCELLO DE BARBADÁS

DOCUMENTACIÓN QUE SE XUNTA

- FOTOCOPIA DO DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE DA NAI, PAI E SE É O CASO, DOS REPRESENTANTES LEGAIS.
- LIBRO DE FAMILIA ORIXINAL OU OUTRO DOCUMENTO QUE ACREDITE OFICIALMENTE A SITUACIÓN FAMILIAR.
- VOLANTE DE EMPADROAMENTO DO NENO/A (A TRAMITAR NO MOMENTO DA SOLICITUDE) OU CERTIFICADO DE EMPRESA CONFORME O TITOR DO NENO/A TRABALLE NESTE TERMO MUNICIPAL.
- RENTA DO ANO 2017 OU CERTIFICADO DE FACENDA NO CASO DE NON TELA FEITA.
- DESEMPREGO CON PRESTACIÓN ECONOMICA.
- APORTAR CERTIFICACION DE DEMANDA DE EMPREGO, CON EFECTOS DO DÍA ANTERIOR DA APERTURA DO PRAZO DE PRESENTACION DA SOLICITUDE, NO CASO DAS SOLICITUDES FORA DE PRAZO CON EFECTOS DO DÍA ANTERIOR Ó DA PRESENTACION.
- FOTOCOPIA COTEXADA DO TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA, SÓ NO CASO EN QUE NON SEXA EXPEDIDO POLA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA.
- CERTIFICADO DO RECOÑECIMENTO DO GRAO DE MINUSVALIDEZ ALEGADA POLOS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR, SÓ NO CASO DE QUE NON SEXA EXPEDIDO POLA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA.
- CERTIFICADO MÉDICO NO CASO DE ENFERMIDADES CRÓNICAS OU OUTRAS AFECCIÓNS ALEGADAS POLOS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR.
- INFORME DO EQUIPO DE VALORACIÓN E ORIENTACIÓN DAS DELEGACIÓNS PROVINCIAIS DA VICEPRESIDENCIA DA IGUALDADE E DO BENESTAR, SERVIZOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN TEMPERÁ DA ADMINISTRACIÓN LOCAL OU AUTONÓMICA, OU ÓRGANOS COMPETENTES NA MATERIA NA ADMINISTRACIÓN DO ESTADO OU NAS CORRESPONDENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS, SOBRE A NECESIDADE DE INTEGRACIÓN NO CASO DE NENOS/AS CON NECESIDADES DE APOIO ESPECÍFICO.
- DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE INCIDENCIAS TALES COMO: SEPARACIÓN DO CÓNXUXE, ABANDONO DO FOGAR, MALTRATO, ETC.
- INFORME DOS SERVIZOS SOCIAIS DO CONCELLO CORRESPONDENTE, NO SUPOSTO DE QUE SEXA NECESARIO POR FALTA DE ACREDITACIÓN DOCUMENTAL SUFICIENTE OU POR SITUACIÓNS ESPECIAIS EN QUE VIVA A UNIDADE FAMILIAR.
- CERTIFICADO DE CONVIVENCIA SOLAMENTE SI ES MONOPARENTAL.

Barbadás, de de 2019

Sinatura

En cumprimento do artigo 5 da Lei 15/1999, polo que se regula o dereito de información na recollida dos datos, advírtese dos seguintes extremos: Os datos de carácter persoal, que puidesen constar nesta notificación, inclúense no ficheiro de nome "Escola Infantil Municipal", creado polo Concello de Barbadas de data 17 de febreiro de 2014 pola que se crean e modifican os ficheiros de datos de carácter persoal existente no Concello de Barbadas. A finalidade do ficheiro é velar pola publicidade da existencia dos ficheiros que conteñan datos de carácter persoal con fin de facer posible o exercizo dos dereitos de información, oposición, acceso, rectificación e cancelación do datos. Os datos relativos á persoa física que actúa como declarante da notificación, unicamente utilizaranse nos termos previstos nos procedementos administrativos que sexan necesarios para a tramitación da correspondente solicitude. Terán dereito a acceder aos seus datos persoais, rectificalos ou, se é o caso, cancelalos no Concello de Barbadas, órgano responsable do ficheiro. En caso de que na notificación deban incluírse datos de carácter persoal, referentes a persoas físicas distintas da que efectúa a solicitude ou do responsable do ficheiro, deberá, con carácter previo á súa inclusión, informalles dos extremos contidos no parágrafo anterior.

SR. ALCALDE DO CONCELLO DE BARBADAS (OURENSE)





ANEXO III

(Cubrírtese só no caso de optar á axuda de Bono concilia)

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 NACENENTO

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN

NOME/RAZÓN SOCIAL PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA

Como solicitante da axuda do programa Bono concilia 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.

Sí solicitou e/ou se lle concederon outras axudas para este mesmo fin, que son as que a seguir se relacionan:

ORGANISMO	ANO	DISPOSICIÓN REGULADORA	IMPORTE (€)

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

Así mesmo, comprométese a manter o cumprimento destes requisitos durante o período de tempo en que perciba esta subvención e a comunicar inmediatamente cantas axudas solicite e/ou obteña doutras administracións públicas ou doutros entes públicos ou privados, nacionais ou internacionais, a partir da data desta declaración.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de

CVE-DOG: io5pp5j3-63g9-5bm1-fiy3-ytbkfm2gts13

