

EXPEDIENTE

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 SOLICITANTE**

APELLIDOS		NOME		DNI/NIE	
[ ]		[ ]		[ ]	
IDADE	NACIONALIDADE	ENDEREZO			
[ ]	[ ]	[ ]			
PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE	CÓDIGO POSTAL		
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
TELÉFONOS DE CONTACTO		DISCAPACIDADE IGUAL OU SUPERIOR AO 33%		ORGANISMO QUE EXPEDIU A CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DA DISCAPACIDADE (se é o caso)	
[ ] [ ]		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		[ ]	

A solicitante 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 de calquera outra actuación fraudulenta.
- Que autoriza a Secretaría Xeral da Igualdade para solicitar a información adicional que considere necesaria para a adecuada estimación dos ingresos ou recursos económicos da unidade de convivencia independente, discapacidade e, en xeral, para completar o expediente administrativo dirixíndose aos órganos públicos ou privados competentes.
- Que autoriza a Secretaría Xeral da Igualdade, de conformidade cos artigos 2 e 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos seus datos de identidade e residencia nos sistemas de verificación de datos de identidade e residencia do Ministerio da Presidencia.

**NÚMERO DE MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR** (Incluída a solicitante) [ ]

**RELACIÓN DE FILLAS E FILLOS A CARGO DA SOLICITANTE (DE 2 A 12 ANOS) QUE A ACOMPAÑARÁN NA ESTADÍA**

NOME	APELLIDOS	SEXO	DATA DE NACEMENTO
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**FILLAS/OS CON DISCAPACIDADE IGUAL OU SUPERIOR AO 33% RECOÑECIDA**

NOME E APELLIDOS	NIF	ORGANISMO QUE EXPEDIU A CERTIFICACIÓN
[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]

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

NOME DO CENTRO	TELÉFONO DO CENTRO
[ ]	[ ]

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

LEXISLACIÓN APLICABLE Resolución do 11 de abril de 2012, da Secretaría Xeral da Igualdade, pola que se aproban as bases reguladoras e se convocan estadias de tempo libre para mulleres soas con responsabilidades familiares non compartidas.	(Para cubrir pola Administración) RECIBIDO [ ] REVISADO E CONFORME [ ]	NÚMERO DE EXPEDIENTE _____ DATA DE ENTRADA ____/____/____ DATA DE EFECTOS ____/____/____ DATA DE SAÍDA ____/____/____
SINATURA DA SOLICITANTE  Lugar e data _____, de _____ de _____		



**DOCUMENTACIÓN QUE SE XUNTA (SINALAR A QUE CORRESPONDA)**

- COPIA COTEXADA DA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DAS FILLAS E/OU FILLOS A CARGO.
- COPIA COTEXADA DA TARXETA DE RESIDENCIA OU DA TARXETA DE RÉXIME COMUNITARIO, SE É O CASO.
- COPIA COTEXADA DA ACREDITACIÓN DA DISCAPACIDADE DA SOLICITANTE E/OU DAS SÚAS FILLAS/OS, SE É O CASO, SÓ SE NON FOI EXPEDIDO POLA COMUNIDADE AUTONÓMA DE GALICIA.
- DECLARACIÓN RESPONSABLE DA SITUACIÓN ECONÓMICA (anexo II), ACOMPAÑADA DOS DOCUMENTOS XUSTIFICATIVOS.
- INFORME DO CENTRO DE ACOLLIDA, SE É O CASO.
- ACREDITACION DA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE XÉNERO, SE É O CASO.
- COPIA COTEXADA 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 e/ou fillos menores que a vaian acompañar).
- OUTROS:



**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS**

Dona  con DNI/NIE

**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"/>

*(1) Se non houberse, indicar "NINGÚN"*

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"/>

*(1) Se non houberse, indicar "NINGÚN"*

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"/>

*(1) Se non houberse, indicar "NINGÚN"*

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 ACOLLIDA/O AO CARGO).

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

*(1) Se non houberse, indicar "NINGÚN"*

Lugar e data

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sinatura



**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

Dona  con DNI/NIE

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE (sinalar cun X o que proceda)

- Que nunca desfrutei do programa de estadias de tempo libre para mulleres soas con responsabilidades familiares non compartidas nin doutro de características similares.
- Que desfrutei do programa de estadias de tempo libre para mulleres soas con responsabilidades familiares non compartidas ou doutro de características similares, no ano .

*Lugar e data*

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sinatura