**SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR ACOGIMIENTO FAMILIAR DE MENORES EN FAMILIA AJENA**

**030025**

**SIR9**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Primer solicitante:** NIF | | | | NIE | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | | | |  | | | | 2º Apellido: | | | |  | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono móvil: | | |  | | | | |  | | Correo electrónico: | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Segundo solicitante:** NIF | | | | NIE | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | | | |  | | | | 2º Apellido: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono móvil: | | |  | | | | |  | | Correo electrónico: | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | C.P.: | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | | |  | | | Teléfono fijo: | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | | | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | |  | Correo electrónico: | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal  *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Infancia y Familia. |
| **Finalidad** | Tramitación y estudio de las solicitudes de acogida y formalización de las mismas; así como la gestión y tramitación de las ayudas económicas a las familias acogedoras. |
| **Legitimación** | 6.1.e), Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos, del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y La Ley 7/2023, de 10 de marzo, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: <https://rat.castillalamancha.es/info/0208> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **EXPONEN:**  1. Que mediante resolución administrativa o judicial de fecha       se acordó el acogimiento del menor/es       en su familia.  2. Que el menor acogido presenta necesidades especiales: SI  NO  3. Que se comprometen a ser valorados por los Equipos Interdisciplinares de Menores de las delegaciones provinciales de la Consejería de Bienestar Social para determinar la procedencia de la concesión solicitada. |
| **SOLICITAN**:  Que previos los trámites oportunos se conceda prestación económica por acogimiento de menores convocada por esa Consejería. |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIO** |
| **DECLARACIONES RESPONSABLES:**  La persona abajo firmante, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Cumple con todas las prescripciones impuestas por el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, excepto su letra e).  Se compromete asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifican en las Bases y convocatoria de esta ayuda, las cuales conoce y acepta en su integridad.  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, en caso de ser propuesta como beneficiaria.  No haber percibido ninguna ayuda para el mismo fin de esta u otra Administración.  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de concesión de ayuda o subvención, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **AUTORIZACIONES:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier otra Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de datos de estar al corriente y dado de alta a fecha concreta en la Tesorería General de la Seguridad Social.  Me opongo a la consulta de residencia.  Autorizo la consulta de datos tributarios (última Declaración del IRPF).  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social:  -  -  -  ***(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).***  La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la subvención objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003, de 21 de febrero, en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA SUBVENCIÓN.** |
| **Nombre de la entidad bancaria:**  **Domicilio:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | **Código entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **DC** | | | **Número de cuenta** | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

En      , a       de       de 20     .

|  |  |
| --- | --- |
| **Primer Solicitante**  Firma (DNI electrónico o certificado válido): | **Segundo Solicitante**  Firma (DNI electrónico o certificado válido): |

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**