|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE AYUDAS SOCIALES DIRIGIDAS A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO CON ESPECIALES DIFICULTADES PARA OBTENER UN EMPLEO** |

030172

Nº Procedimiento

Código SIACI

SIV5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y apellidos** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Discapacidad** Sí  No  **Grado** | | **NIF**  **NIE** | | | | **Número de documento:** | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | **1º Apellido:** | | |  | | | | **2º Apellido:** | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Domicilio** |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Provincia:** |  | | | | **C.P**.: |  | | | **Población:** | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono:** |  | **Teléfono móvil:** |  | | | | | **Correo electrónico:** | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación, y en su caso del pago** | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y apellidos** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | **NIF**  **NIE** | | | | **Número de documento:** | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | **1º Apellido:** | | | |  | | | | **2º Apellido:** | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Domicilio** |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Provincia:** |  | | | | | **C.P**.: | |  | | | **Población:** | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono:** |  | | **Teléfono móvil:** |  | | | | | | **Correo electrónico:** | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la persona representante designada por la interesada** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **RESPONSABILIDADES FAMILIARES** |
|  |
| **Número de familiares a cargo:**  **Relación de todos los miembros de la unidad familiar a cargo de la persona solicitante:**  (Existen responsabilidades familiares cuando la solicitante tenga a su cargo al menos, a un familiar por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, con el que conviva. No se considerarán a cargo los familiares con rentas de cualquier naturaleza superiores al salario mínimo interprofesional, excluida la parte proporcional de dos pagas extraordinarias).   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Parentesco** | **Apellidos** | **Nombre** | **DNI** | **Fecha Nacimiento** | **Situación Laboral** | **Discapacidad/Grado** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   **En la situación laboral se indicará: estudiante; activo, desempleado/a; minusvalía; jubilado/a, etc.** |

|  |
| --- |
| **MEDIO PARA RECIBIR LA RESPUESTA** |
| **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 y que sus datos son correctos)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha |
| **Finalidad** | Gestión de las subvenciones para víctimas de la violencia de género y familiares |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de medidas de protección integral contra la violencia de género; Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de Igualdad entre Mujeres y Hombres en Castilla-La Mancha; Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en 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/0967> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| Solicitud de ayudas sociales dirigidas a mujeres víctimas de violencia de género con especiales dificultades para obtener un empleo |
| Expone  Que cumple los requisitos necesarios para solicitar ayudas sociales dirigidas a mujeres víctimas de violencia de género con especiales dificultades para obtener un empleo |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACREDITACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIA**  ***Declaración responsable***:  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona interesada, 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. * No se encuentra en ninguno de los supuestos de incompatibilidad previstos en la Ley 11/2003 de 25 de noviembre del Consejo de Gobierno y del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha. * Está empadronada en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. * Tiene la condición de mujer víctima de violencia de género. * No convivir con el agresor. * Carecer de preparación general o especializada. * Tener especiales dificultades para obtener un empleo. * Tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%. * Carecer de rentas que, en cómputo mensual, superen el 75% del salario Mínimo Interprofesional vigente, excluida la parte proporcional de dos pagas extraordinarias. * Que cumple las disposiciones que resulten de aplicación, previstas en la Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha. * 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. * Que la persona solicitante está en condiciones de someterse a cuantas actuaciones de comprobación pueda efectuar el órgano concedente o los órganos competentes en materia de control financiero.   Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, en caso de ser propuesta como beneficiaria.  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.  **AUTORIZACIÓN** (para la verificación por la Administración de los datos y documentos relativos a la persona solicitante y a los miembros de la unidad familiar menores de 14 años):  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, el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de la condición de mujer víctima de violencia de género. (por alguno de los medios admitidos en derecho).  Me opongo a la consulta de datos del domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de residencia (SVDR).  Me opongo a la consulta del grado de discapacidad de la víctima y/o de sus familiares, en su caso.  Me opongo a la consulta para informe del profesional especializado de los Centros de la Mujer o Servicios Sociales Básicos.  Me opongo a la consulta para certificado de No Empleabilidad expedido por el Servicio Público de Empleo de Castilla-La Mancha.  Me opongo a la consulta para certificado de ser o no perceptora de Renta Activa de Inserción.  Se requieren datos tributarios, para lo cual debe señalar expresamente:  Autorizo la consulta de los datos tributarios relativos al nivel de renta (IRPF) de la solicitante y/o de sus familiares, en su caso, a través de la Agencia Tributaria.  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración, señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería/Instituto de la Mujer:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento |  | ,presentado con fecha |  | ante la unidad |  | | de la Consejería/Instituto de la Mujer | |  |  |  |  | | Documento |  | ,presentado con fecha |  | ante la unidad |  | | de la Consejería/Instituto de la Mujer | |  |  |  |  | | Documento |  | ,presentado con fecha |  | ante la unidad |  | | de la Consejería/Instituto de la Mujer | |  |  |  |  |   En el supuesto de que expresamente no autorice a este Organismo a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:  -  -    En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.  La presente 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 de la persona interesada, 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.  **Documentación**  Además de la información antes descrita, declara aportar original o copia del siguiente documento junto con el modelo normalizado de solicitud:  -  - |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA SUBVENCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Nombre de la entidad bancaria** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Dirección** | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | **Nombre completo de la persona titular de la cuenta** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Nº de cuenta IBAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **País** | | **C.C.** | | | **Entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **D.C.** | | | **Cuenta** | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| E S | | |  | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En      , a       de       de

Firma y sello en su caso

Fdo.

|  |
| --- |
| Organismo destinatario: INSTITUTO DE LA MUJER DE CASTILLA-LA MANCHA  Código DIR3: A08016374 |