**SOLICITUD DE AYUDA PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL**

**SH80**

Código SIACI

**030026**

Nº Procedimiento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF | | | | NIE | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | | | |  | | | | 2º Apellido: | | |  | | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | C.P.: |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | | | |  | | Teléfono fijo: | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono móvil: | | |  | | | | | |  | | Correo electrónico: | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación y, en su caso, de pago.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En calidad de: | | | Padre | | | | | | | | Madre | | | | | | Tutor | | | | | | Guardador | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 persona representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la representante designada por la persona interesada.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA** |
| Correo postal *(Podrán elegir esta opción quienes NO estén obligados 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** | Gestión y tramitación de ayudas destinadas al desarrollo de programas de autonomía personal en Castilla-La Mancha y el desarrollo de estos programas. |
| **Legitimación** | 6.1.e), Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos, del Reglamento General de Protección de Datos; 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social 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** | Puede solicitarla en la dirección de correo: <https://rat.castillalamancha.es/info/1223> |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| **EXPONE:**  1.- Que en fecha       fue incluido en el Programa de Autonomía Personal de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, no habiendo causado baja en el mismo hasta la fecha.  2.- Que se encuentra al menos en una de las siguientes situaciones (a excepción de los extranjeros con N.I.E.):  -  Inscrito en el SEPE como demandante de empleo.  -  Matriculado en el Curso       impartido por      .  -  Es de nacionalidad extranjera y ha solicitado el N.I.E. en fecha      .  3.- Que se compromete a colaborar en la elaboración conjunta con los técnicos responsables del programa de Autonomía Personal y a suscribir un Plan de Intervención en el que se detalle la finalidad de la ayuda solicitada, así como los objetivos y compromisos relacionados con aquélla.  **SOLICITA:**  Que, previos los trámites oportunos, se conceda una ayuda para la autonomía personal al amparo del Decreto 129/2006, de 26 de diciembre, por el que se regulan las ayudas económicas de apoyo al acogimiento familiar de menores, a la adopción de menores y para el desarrollo de programas de autonomía personal en Castilla-La Mancha convocada por la Consejería de Bienestar Social con el fin de atender a necesidades de tipo:  - Formativo:  - Alojamiento y manutención:  - Gastos Personales:  - Otros (especificar): |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **DECLARACIONES RESPONSABLES:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  - El/La solicitante no están incurso en ninguno de los supuestos previstos en el artículo 13.2 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.  - No ha percibido ninguna ayuda para el mismo fin de esta u otra Administración.  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  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 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.  Me opongo a la consulta de estar inscrito como demandante de empleo en el Servicio Público de Empleo (SEPE).  Autorizo la consulta de datos tributarios para comprobar que está al corriente de sus obligaciones tributarias con la Agencia Estatal de Administración Tributaria y con la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.   * Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de      . * Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de      . * Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de      .   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.  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:  Resguardo de matrícula o certificado de estar inscrito en un curso académico o de formación con acreditación oficial.  Documento que acredite por medios válidos en derecho la representación de la persona solicitante |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA SUBVENCIÓN** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Nombre de la entidad bancaria:** |  | | **Dirección:** |  | |  |
|  | | | | | | |
| **Nombre completo del titular de la cuenta:** | |  | | |  | |
|  | | | | | | |
| **Número de cuenta:** | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | **Código entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **DC** | | **Número de Cuenta** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |

En      , a       de       de      .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**SERVICIO DE INFANCIA Y FAMILIA DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**