Código SIACI

SL4I

Nº Procedimiento

**030805**

ANEXO I

**SOLICITUD/ RENOVACIÓN DE AYUDAS A HIJAS E HIJOS EN SITUACIÓN DE ORFANDAD COMO CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

|  |
| --- |
| RELACIÓN DE HIJAS Y/O HIJOS PARA LOS QUE SE SOLICITA/RENUEVA LA AYUDA |
|  |
| SOLICITA LA AYUDA  RENUEVA LA AYUDA  SOLICITUD PRESENTADA POR LA PERSONA REPRESENTANTE: Número de hijas y/o hijos a cargo:   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre** | **1º Apellido** | **2º Apellido** | **DNI/NIE** | **Fecha Nacimiento** | **Lugar de residencia** | **Sexo** | | | **Mujer** | **Varón** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | NIF  NIE    SEXO: Mujer  Varón | | | Número de Documento | | | | |  | | | | | | | Nombre |  | | | | 1ºApellido | |  | | | | 2ºApellid*o* | |  | | Domicilio |  | | | | | | | | | | | | | | Provincia |  | | | CP | |  | | | 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 de pago** | | | | | | | | | | | | | |   **LA PERSONA SOLICITANTE ACTÚA EN NOMBRE PROPIO POR SER HIJA Y/O HIJO MAYOR DE EDAD:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre** | **1º Apellido** | **2º Apellido** | **DNI/NIE** | **Fecha Nacimiento** | **Lugar de residencia** | **Sexo** | | | **Mujer** | **Varón** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Domicilio |  | | | | | | | | Provincia |  | | CP |  | 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 de pago** | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **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 obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o 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** | 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. | |
| **Destinatarias/os** | 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/renovación** | |
| **AYUDAS A HIJAS E HIJOS EN SITUACIÓN DE ORFANDAD COMO CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO** | |
| Declara que cumple los requisitos necesarios para solicitar la concesión/renovación de la ayuda a hijas e hijos en situación de orfandad como consecuencia de la violencia de género, y por ello solicita:  Le sea concedida la ayuda a hijas e hijos en situación de orfandad, por homicidio o asesinato de su madre como consecuencia de la violencia de género, que asciende a:  ☐ 7.200 euros anuales (por cada hija o hijo de la mujer víctima mortal a causa de la violencia de género)  Número hijas y/o hijos:       Total cuantía | |

|  |
| --- |
| **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, afirma que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que cumple los requisitos establecidos en el artículo 3 de la Orden que regula esta ayuda, que son:  -La hija e hijo de la víctima no haya cumplido los 21 años o los 25 años en el caso de que tenga reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.  -La persona solicitante y la persona beneficiaria de la ayuda tengan su domicilio y residencia efectiva en Castilla-La Mancha o la última vecindad administrativa de la madre fuese en alguno de los municipios de Castilla-La Mancha.  - La persona solicitante y la persona beneficiaria, en el caso de ser mayor de 14 años, están en posesión del Número de Identificación de Extranjeros (N.I.E.), en caso de personas extranjeras.  -No está incursa en ninguno de los supuestos previstos en el artículo 13.2 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, a excepción de lo previsto en su letra e) y g).  -Está en condiciones de someterse a cuantas actuaciones de comprobación o a los controles que se estimen pertinentes por el Instituto de la Mujer o por la Consejería competente en materia de Bienestar Social o los órganos competentes en materia de control financiero.  -Se compromete asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifican en la Orden que regula 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, 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 causa de pérdida del derecho al cobro total, o de reintegro, así como 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.  **AUTORIZACIÓNES:**  **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 podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa**  **En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:**  **☐** Me opongo a la consulta de datos de identidad de la persona solicitante, representante legal o guardador/a de hecho, en su caso.  **☐** Me opongo a la consulta de datosde residencia de la persona solicitante, representante legal o guardador/a de hecho, en su caso a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR)  **☐** Me opongo a la consulta de datos acreditativos de la condición de víctima mortal por violencia de género.  **☐** Me opongo a la consulta del certificado de reconocimiento del grado de discapacidad.  **☐** Me opongo a la consulta de los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:  Haga clic aquí para escribir texto.  **Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y la unidad administrativa, y serán consultados por el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha:**  Documento       ,presentado con fecha. .ante la unidad de la Consejería de  Documento       ,presentado con fecha. .ante la unidad de la Consejería de  (*En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos o documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento*)  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos (liste los documentos electrónicos o en papel a aportar):  ☐Copia del libro de familia (no es necesario en caso de renovación).  ☐Certificado de nacimiento del registro civil (no es necesario en caso de renovación).  ☐Certificación del padrón municipal en el que conste la última residencia de la mujer víctima mortal de la violencia de género, cuando la última vecindad administrativa de la madre fuese en alguno de los municipios de Castilla-La Mancha (no es necesario en caso de renovación).  ☐ Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad (no es necesario en caso de renovación). |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la entidad bancaria a efectos del pago de la ayuda por cada hija o hijo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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 | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la entidad bancaria a efectos del pago de la ayuda por cada hija o hijo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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 | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la entidad bancaria a efectos del pago de la ayuda por cada hija o hijo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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 | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la entidad bancaria a efectos del pago de la ayuda por cada hija o hijo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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 dede

Firma

Fdo:

Organismo destinatario: Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha

Código DIR3: A08016374