|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE AYUDAS DE SOLIDARIDAD** |

030174

Nº Procedimiento

Código SIACI

SIMG

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 el representante designado por la interesada** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **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 solidaridad |
| Expone  Que cumple los requisitos necesarios para solicitar ayudas solidaridad. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, ni es receptora de la prestación de servicios o actividades por parte de personas que, habiendo desempeñado cargos públicos o asimilados en la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha así como en los organismos y entidades de su sector público, incumplieran lo dispuesto en el artículo 19.5 de la Ley 11/2003, de 25 de septiembre, del Gobierno y el Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha durante el plazo de dos años desde el cese. * 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. * 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**:  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 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 los datos acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de residencia (SVDR).  Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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.  **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 |