



PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
NUEVO INGRESO EN ESCUELAS INFANTILES 0-3	BS404A	SOLICITUD

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

EN CALIDAD DE
 MADRE PADRE ACOGEDOR/A TUTOR/A LEGAL

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO BLOQUE PISO PUERTA

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

TELÉFONO MÓVIL TELÉFONO FIJO CORREO ELECTRÓNICO

MEDIO DE COMUNICACIÓN PREFERENTE
 TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (no es necesaria si coincide con la anterior)

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO BLOQUE PISO PUERTA

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

TELÉFONO FAX CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DE LA NIÑA O DEL NIÑO

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

GRUPO DE EDAD AL QUE ACCEDE DISCAPACIDAD SÍ NO FECHA DE ACOGIMIENTO (en caso de menores acogidas/os) SEXO HOMBRE MUJER

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (incluida la persona solicitante)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

Nº DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR



CENTROS SELECCIONADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

NOMBRE DEL CENTRO

1ª OPCIÓN

2ª OPCIÓN

HORARIO QUE SOLICITA

Jornada continuada de horas a horas

Jornada partida de horas a horas y de horas a horas

Media jornada de horas a horas

COMEDOR

Atención con comedor Atención sin comedor

(Límite 8 horas de asistencia dentro de la jornada solicitada, excepto las causas referidas en el artículo 25.1 del RRI)

CANDIDATO A CHEQUE INFANTIL

SÍ NO

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

- Número de miembros que componen la unidad familiar

- Número de miembros que no formando parte de la unidad familiar estén a cargo de ella

- Número de miembros, incluida la persona solicitante, con enfermedad o discapacidad

Tipo de enfermedad o discapacidad:

• Discapacidad

Madre

Padre

Otros miembros

• Enfermedad crónica que requiera internamiento periódico

• Alcoholismo o drogodependencias.

- Condición de familia monoparental

SÍ NO

- Ausencia del hogar familiar de ambos miembros parentales

SÍ NO

- Condición de familia numerosa

SÍ NO

- Condición de hijo/a de personal del centro

SÍ NO

- Condición de familia acogedora

SÍ NO

- Niño/a para quien se solicita plaza nacido/a en parto múltiple

SÍ NO

- Hermana/o con plaza renovada o de nuevo ingreso en el centro para el próximo curso

Nombre de la niña o del niño

Centro al que asiste

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otras circunstancias familiares debidamente acreditadas

SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR

Madre

Padre

- Ocupación laboral

- Desempleo

- Beneficiario/a del tramo de inserción (RISGA)

- Otras situaciones

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA

Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se aportan son ciertos.



(Se cubrirá sólo en el caso de optar a la ayuda de cheque infantil)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

EN CALIDAD DE
 MADRE PADRE ACOGEDOR/A TUTOR/A LEGAL

DATOS DE LA NIÑA O DEL NIÑO

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA

Como solicitante de la ayuda del programa cheque infantil en escuelas infantiles 0-3 no sostenidas con fondos públicos.

1. Que en relación con otras ayudas concedidas o solicitadas:

- No solicitó ni se le concedió ninguna otra ayuda para este mismo fin de las administraciones públicas o de otros entes públicos o privados.
- Sí solicitó y/o se le concedieron otras ayudas para este mismo fin, que son las que a continuación se relacionan:

ORGANISMO	AÑO	IMPORTE (€)	DISPOSICIÓN REGULADORA

2. Que en relación con las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social:

- Estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones con la Seguridad Social.
- Estar al día en sus obligaciones tributarias, con la Comunidad Autónoma y no ser deudor por resolución de procedencia de reintegro.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de

