

G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 31/12/ 2014 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO/O? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F/NIE	APELLIDOS Y NOMBRE (EN CASO DE LOS HERMANOS DEL SOLICITANTE, DEBEN SER MENORES DE 25 AÑOS O MAYORES CON DISCAPACIDAD)	FECHA DE NACIMIENTO	DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE O HERMANOS (INDIQUE SI O NO)	ESTADO CIVIL (1)	CUSTODIA O GUARDA LEGAL (INDIQUE SI O NO)	CUSTODIA COMPARTIDA (INDIQUE SI O NO)	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (2)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (3)
Solicitante	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	<input type="text"/>	XXXXXXX	<input type="checkbox"/>
Madre/Tutor	<input type="text"/>	XXXXXXX	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

- (1) En el caso de que el padre/tutor o madre/tutora del solicitante sea SEPARADO O DIVORCIADO, DEBERÁ CUMPLIMENTAR LAS DOS COLUMNAS SIGUIENTES SOBRE CUSTODIA O GUARDA LEGAL. EN CASOS DE CUSTODIA COMPARTIDA DEBERÁ INCLUIR AL OTRO SUSTENTADOR CON EL QUE SE COMPARTE LA CUSTODIA.
- (2) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVA/O; D) DESEMPLEADA/O; I) INVALIDEZ; J) JUBILADA/O; M) AMA/O DE CASA.
- (3) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL	
CIF DE LA INSITUACIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
<input type="text"/>

A FIRMAR POR TODAS/OS LAS/OS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA

Las/os abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad y autorizan a las Administraciones Educativas a obtener de otras Administraciones los datos de identificación, circunstancias personales, residencia, académicos, familiares, de renta y patrimonio, que resulten necesarios para la resolución de la solicitud.

Firmas:

Padre del/de la solicitante Madre del/de la solicitante Otros miembros:

DECLARACIÓN A CUMPLIMENTAR POR TODAS/OS LAS/OS SOLICITANTES

D./D^a
 padre, madre o tutor del solicitante y, en su caso, el resto de miembros de la unidad familiar mayores de edad, **DECLARAN BAJO RESPONSABILIDAD SOLIDARIA:**

- Que aceptan las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que quedan enteradas/os de que la inexactitud de las circunstancias declaradas dará lugar a la denegación o revocación de la ayuda, sin perjuicio de las responsabilidades en que pudieran incurrir legalmente.
- Que tienen conocimiento de la incompatibilidad de estas ayudas y que en caso de obtener otra beca o ayuda procedente de cualquier Administración o entidad pública o privada deberán comunicarlo a la Administración Educativa.
- Que manifiesta su consentimiento para recibir comunicaciones mediante correo electrónico, sms certificados, en el número de teléfono indicado en su solicitud o ser notificado por comparecencia en Sede Electrónica del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Esto último significa que debe acceder regularmente a dicha Sede Electrónica para comprobar si ha recibido alguna notificación.

....., a de de 2015

Firma del padre, madre o tutor/a

Firma del/de la solicitante

Otros miembros

NOTA: PARA CONSERVAR UN RESGUARDO DE SU SOLICITUD, FOTOCOPIE TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD Y HAGA QUE LE SELLEN EN EL CENTRO EDUCATIVO LA COPIA, CON INDICACIÓN DE LA FECHA EN QUE SE HA PRESENTADO. SIN ESTA COPIA SELLADA, USTED NO TENDRÁ UN COMPROBANTE VÁLIDO DE HABER SOLICITADO LA AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO.

PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE TRAMITACIÓN DE SU SOLICITUD, DEBE DARSE DE ALTA EN SEDE ELECTRÓNICA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE, EN LA DIRECCIÓN DE INTERNET: <https://sede.educacion.gob.es/portada.html> ACCEDER POR "TRÁMITES Y SERVICIOS" Y PONER LOS DIEZ ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE CUENTA QUE INDICÓ EN ESTA SOLICITUD CUANDO LE SEAN REQUERIDOS POR LA APLICACIÓN.

CENTRO DE ESTUDIOS:

FECHA DE PRESENTACIÓN:

SELLO:

A CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE AUTORIZAR AL CENTRO A PERCIBIR LA AYUDA

D./ D.^a -----, padre, madre o tutor/a del/ de la solicitante, autoriza al director/a del centro -----, en el que se encuentra matriculado/a el/la solicitante de ayuda para que, en caso de ser beneficiario/a de la misma, perciba su importe a través de la cuenta corriente de dicho centro.

(FIRMA)

CERTIFICACIONES

A) A CUMPLIMENTAR POR EL/LA SECRETARIO/A O DIRECTOR/A DEL CENTRO ESPECÍFICO, ORDINARIO CON UU.EE. O QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:

D./D^a.....

Secretario-a/Director-a del centro docente

Código

TIPO DE CENTRO:

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS ESPECÍFICO ORDINARIO CON UU.EE.

CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

CERTIFICO que el/la alumno/a al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este centro para el curso académico 2015/16. Asimismo, y por la presente certificación, me comprometo a, en caso de que no llegara a ocupar plaza o causara baja durante el curso, comunicar esta circunstancia en el plazo máximo de un mes al órgano gestor correspondiente para que, si procediese, fuera revocada dicha ayuda.

....., a dede 2015

Firmado:

.....

Sello

B) ACREDITACIÓN DE LA NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO (A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS)

D./D^a:

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a

está escolarizado/a en el centro

Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:

DISCAPACIDAD TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA

T.D.A.H.

ALTA CAPACIDAD

(DE CONFORMIDAD

CON LO DISPUESTO EN

EL ARTº 1 A) DE LA COVOCATORIA)

ESCOLARIZACIÓN MAS TEMPRANA

(MENORES DE DOS AÑOS)

PARA PROPUESTAS DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE o de AYUDA PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES (DEBERÁN CUMPLIMENTAR LOS SIGUIENTES CERTIFICADO E INFORME ESPECÍFICO)

CERTIFICADO

Asimismo **certifico, como justificación de la ayuda solicitada**, que el alumno tiene necesidad de recibir:

REEDUCACIÓN { PEDAGÓGICA
LENGUAJE

ASISTENCIA A PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

INFORME ESPECÍFICO

- DESCRIBA DETALLADAMENTE LA ASISTENCIA o SERVICIO QUE SE CONSIDERAN NECESARIOS ASÍ COMO LAS CARACTERÍSTICAS O CONDICIONES que debe reunir para garantizar las necesidades que presenta el alumno. (Contenido, actividades, recursos, objetivos a conseguir, seguimiento, etc.). Indique asimismo la cualificación profesional requerida para el personal que ha de impartir la reeducación o el programa.

- INDIQUE EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES Y DURACIÓN TOTAL PREVISIBLE DE LA ASISTENCIA O SERVICIO NECESARIOS

En, a dede 2015

Firmado:

Sello

C) A CUMPLIMENTAR POR EL INSPECTOR DE LA ZONA O DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN DEPENDIENTE DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS PARA SOLICITUDES DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE

D./D^a:

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a

1º.- Necesita recibir reeducación pedagógica o del lenguaje por la inexistencia o insuficiencia de la atención pedagógica en el centro en que está escolarizado.

2º.- Resulta inviable la matriculación del alumno en un centro que disponga del servicio de reeducación requerido.

Lo que firmo como justificación de la ayuda solicitada en, a dede 2015

Firmado:

Sello

D) A CUMPLIMENTAR POR EL REEDUCADOR, GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y DEL LENGUAJE O EL PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

DATOS DEL PROFESIONAL QUE PRESTA EL SERVICIO

D./D^a:

Con N^o DE COLEGIADO NIF

PROFESIÓN/ESPECIALIDAD

(EN SU CASO): CENTRO EN EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO: CIF

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a:

Recibirá los siguientes tratamientos:

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA - CUANTÍA MENSUAL

- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE - CUANTÍA MENSUAL

-Asistirá al PROGRAMA ESPECIFICO A. CON ALTAS CAPACIDADE - CUANTÍA MENSUAL

En el supuesto de no prestar el servicio solicitado, se pondrá en conocimiento de la Unidad de Becas provincial.

MEMORIA

- Describir detalladamente EL SERVICIO o ASISTENCIA que se van a prestar en relación con las necesidades del alumno (contenido, objetivos, características, actividades, recursos, agrupaciones, seguimiento, etc.). Detállese la cualificación profesional o ESPECIALISTA que imparte este servicio o programa.

- Indique el número de HORAS SEMANALES Y la DURACIÓN PREVISIBLE DEL SERVICIO o PROGRAMA

....., a dede 2015

Firmado: