



FASE

**1. ESTUDIOS**

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2010/11.....  ZONA

**A. DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE  NIF/NIE DEL/DE LA SOLICITANTE  SEXO (Marque con X lo que proceda)  
 (Acompañe fotocopia) HOMBRE  MUJER  FECHA DE NACIMIENTO

PROFESIÓN DEL/DE LA SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA  CÓDIGO (Ver instrucciones)

¿ES EXTRANJERA/O? SI  NO  NACIONALIDAD  CÓDIGO PAÍS

TELÉFONO FIJO (con prefijo)  CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL  ¿Autoriza, en su caso, el recibo de notificaciones por SMS?: SI  NO  (Ver instrucciones)

**B. DOMICILIO FAMILIAR (EN ESPAÑA)**

TIPO DE VÍA (Ver instrucciones)  NOMBRE DE LA VÍA  NÚMERO  ESCALERA  PISO  LETRA

PROVINCIA  MUNICIPIO

LOCALIDAD  CÓDIGO POSTAL

**C. DATOS BANCARIOS: CUENTA O CARTILLA Y ENTIDAD donde desea percibir el importe de la ayuda:**

ENTIDAD  OFICINA  DÍGITOS CONTROL  CUENTA

*Si es la cuenta del/de la solicitante, éste/a deberá ser titular o cotitular de la cuenta.*  
*Si es la cuenta del centro educativo, por haber autorizado a éste a percibir el importe de la ayuda, deberá cumplimentar también las siguientes casillas con el CIF DEL COLEGIO O ENTIDAD TITULAR DE LA CUENTA*

**D. DATOS ACADÉMICOS (A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO)**

CENTRO EN EL QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2010/11  CÓDIGO

DOMICILIO DEL CENTRO  LOCALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2010/11: CURSO

E. INFANTIL  E. PRIMARIA  E.S.O.  BACHILLERATO  CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO

CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR  ENS. ARTÍSTICAS PROFES.  CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL  PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA

**E. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN**

TIPO DE CENTRO:  RÉGIMEN DEL CENTRO  GRADO DE DISCAPACIDAD  COLECTIVO

N.º de miembros computables

Ingresos extranjero  Euros  céntimos

**DEDUCCIONES**

Familia numerosa  Número de hermanas/os

Número de afectadas/os minusvalía igual o superior al 33 %

Solicitante con discapacidad motórica superior al 65 %

Hermanas/os universitarias/os fuera del domicilio familiar  Orfandad absoluta

**F. TIPO DE AYUDAS. AYUDAS SOLICITADAS. A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO**

A. ENSEÑANZA  B. TRANSPORTE  C. COMEDOR  D. RESIDENCIA  E. TRANSPORTE FIN DE SEMANA  F. TRANSPORTE URBANO

G. MATERIAL 1 (1)  H. MATERIAL 2 (2)  REEDUCACIÓN: P. PEDAGÓGICA  L. LENGUAJE  S. PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

(1) y (2) Deberá marcar con X el apartado G para alumnado que curse E. Primaria, ESO, Progr. de Transición para la Vida Adulta y el apartado H para alumnado que curse el resto de niveles.

**AYUDAS PROPUESTAS. A CUMPLIMENTAR POR LA ADMÓN.:**

SUBSIDIO:  4 NUEVA ADJUDICACIÓN:  2

A  B  C  D  E

F  G  H  P  L  S





FASE

**1. ESTUDIOS**

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2010/11.....  ZONA

**A. DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE  NIF/NIE DEL/DE LA SOLICITANTE  SEXO (Marque con X lo que proceda)  
 HOMBRE  MUJER  (Acompañe fotocopia) FECHA DE NACIMIENTO

PROFESIÓN DEL/DE LA SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA  CÓDIGO (Ver instrucciones)

¿ES EXTRANJERA/O? SI  NO  NACIONALIDAD  CÓDIGO PAÍS

TELÉFONO FIJO (con prefijo)  CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL  ¿Autoriza, en su caso, el recibo de notificaciones por SMS?: SI  NO  (Ver instrucciones)

**B. DOMICILIO FAMILIAR (EN ESPAÑA)**

TIPO DE VÍA (Ver instrucciones)  NOMBRE DE LA VÍA  NÚMERO  ESCALERA  PISO  LETRA

PROVINCIA  MUNICIPIO

LOCALIDAD  CÓDIGO POSTAL

**C. DATOS BANCARIOS: CUENTA O CARTILLA Y ENTIDAD donde desea percibir el importe de la ayuda:**

ENTIDAD  OFICINA  DÍGITOS CONTROL  CUENTA

Si es la cuenta del/de la solicitante, éste/a deberá ser titular o cotitular de la cuenta.

Si es la cuenta del centro educativo, por haber autorizado a éste a percibir el importe de la ayuda, deberá cumplimentar también las siguientes casillas con el CIF DEL COLEGIO O ENTIDAD TITULAR DE LA CUENTA

**D. DATOS ACADÉMICOS (A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO)**

CENTRO EN EL QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2010/11  CÓDIGO   
 DOMICILIO DEL CENTRO  LOCALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2010/11: CURSO

E. INFANTIL  E. PRIMARIA  E.S.O.  BACHILLERATO  CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO

CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR  ENS. ARTÍSTICAS PROFES.  CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL  PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA

**E. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN**

TIPO DE CENTRO:  RÉGIMEN DEL CENTRO  GRADO DE DISCAPACIDAD  COLECTIVO

N.º de miembros computables

Ingresos extranjero  Euros  céntimos

**DEDUCCIONES**

Familia numerosa  Número de hermanas/os   
 Número de afectadas/os minusvalía igual o superior al 33 %   
 Solicitante con discapacidad motórica superior al 65 %   
 Hermanas/os universitarias/os fuera del domicilio familiar  Orfandad absoluta

**F. TIPO DE AYUDAS. AYUDAS SOLICITADAS. A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO**

A. ENSEÑANZA  B. TRANSPORTE  C. COMEDOR  D. RESIDENCIA  E. TRANSPORTE FIN DE SEMANA  F. TRANSPORTE URBANO   
 G. MATERIAL 1 (1)  H. MATERIAL 2 (2)  REEDUCACIÓN: P. PEDAGÓGICA  L. LENGUAJE  S. PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

(1) y (2) Deberá marcar con X el apartado G para alumnado que curse E. Primaria, ESO, Progr. de Transición para la Vida Adulta y el apartado H para alumnado que curse el resto de niveles.

**AYUDAS PROPUESTAS. A CUMPLIMENTAR POR LA ADMÓN.:**

SUBSIDIO:  4 NUEVA ADJUDICACIÓN:  2

A  ..... B  ..... C  ..... D  ..... E  .....

F  ..... G  ..... H  ..... P  ..... L  ..... S  .....

**G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 2009 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)**

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO? (Indique Sí o No)	N.I.F.	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	MINUSVALÍA (Indique Sí o No)	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (1)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (2)
Solicitante		<input type="text"/>								<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor		<input type="text"/>								<input type="checkbox"/>
Madre/Tutor		<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"/>
		<input type="text"/>								<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>								<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>								<input type="checkbox"/>

(1) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVA/O; D) DESEMPLEADA/O; I) INVALIDEZ; J) JUBILADA/O; M) AMA/O DE CASA.  
 (2) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

<b>CASOS DE ACOGIMIENTO / TUTELA INSTITUCIONAL</b>	
<b>C.I.F. DE LA INSTITUCIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN</b>
<input type="text"/>	<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, autorizando a las Administraciones Educativas para obtener los datos necesarios para determinar la renta y patrimonio familiares a efectos de la ayuda a través de las Administraciones Tributarias y de la Dirección General del Catastro.

Firmas:

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

### CERTIFICACIONES

A) A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS.

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a .....

está escolarizado/a en el centro .....

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES       ESPECÍFICO       ORDINARIO CON UU. EE.

Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:

DISCAPACIDAD       TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA       ALTA CAPACIDAD

Que tiene necesidad de recibir:

REEDUCACIÓN { PEDAGÓGICA       LENGUAJE       ESCOLARIZACIÓN MÁS TEMPRANA (MENORES DE DOS AÑOS)

PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

DURACIÓN DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO .....

Lo que firmo como justificación de la ayuda solicitada en ....., a ..... de ..... de 2010

Firmado: .....

Sello

B) A CUMPLIMENTAR POR EL GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN O PROGRAMA ESPECIAL PARA PERSONAS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES.

- PEDAGÓGICA       - CUANTÍA MENSUAL .....

- LENGUAJE       - CUANTÍA MENSUAL .....

- PROGRAMA ESPECÍFICO A. CON ALTAS CAPACIDADES       - CUANTÍA MENSUAL .....

- N.I.F.

- N.º Colegiado/a

DURACIÓN DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO .....

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

....., a ..... de ..... de 2010

Firmado: .....

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

D./D.<sup>a</sup> ..... Secretario/a - Director/a

del centro docente ..... Código .....

CERTIFICO que el/la alumno/a al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este centro para el curso académico 2010/11. 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.

Sello del centro

El Secretario/a - Director/a

**H. SITUACIONES DECLARADAS POR EL/LA SOLICITANTE**

MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFIQUELA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRÍAN A 31 DE DICIEMBRE DE 2009.

CONDICIÓN DE FAMILIA NUMEROSA: GENERAL   
ESPECIAL

CONDICIÓN DE MINUSVALÍA (\*). GRADO DE MINUSVALÍA igual o superior a 33%: N.º afectadas/os.....

SOLICITANTE CON DISCAPACIDAD MOTÓRICA SUPERIOR AL 65%

HERMANAS/OS UNIVERSITARIAS/OS DEL/DE LA SOLICITANTE ESTUDIANTES FUERA DEL DOMICILIO FAMILIAR (Indique número) .....

ORFANDAD ABSOLUTA DEL/DE LA SOLICITANTE

(\*). Referida al hermano/a o el/la propio/a solicitante. Indique número de personas de la familia afectadas.

**A CUMPLIMENTAR POR TODAS/OS LAS/OS SOLICITANTES**

D./D.<sup>a</sup>..... padre,

madre o tutor/a del/de la solicitante 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.
- 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 Sí  NO  obtienen rentas en el extranjero (Indique con una X lo que proceda).

En caso afirmativo, consigne a continuación la cantidad en la moneda que corresponda, según el país en el que se han percibido, y justifique documentalmente: .....

- Que Sí  NO  dan su autorización para, en caso de que el órgano gestor lo estime oportuno, recibir notificaciones relacionadas con la solicitud de esta ayuda en el número de teléfono móvil indicado en la página 1. (Indique con una X lo que proceda).

....., a ..... de ..... de 2010

Firma del padre, madre o tutor/a

Firma del/de la solicitante

Otros miembros

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

D./D.<sup>a</sup> ....., 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)



**RESGUARDO DE PRESENTACIÓN** SOLICITUD DE AYUDAS PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

CURSO 2010 - 2011

NOMBRE Y APELLIDOS ..... N.I.F. ....

DOMICILIO .....

CENTRO DE ESTUDIOS .....

ESTUDIOS QUE REALIZA .....

ESTE RESGUARDO NO ES VÁLIDO **SIN EL SELLO Y FECHA** DE LA OFICINA RECEPTORA