



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

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

Ingresos extranjero Euros céntimos

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 Si o No)	N.I.F.	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	MINUSVALÍA (Indique Si 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="checkbox"/>
Padre/Tutor										<input type="checkbox"/>
Madre/Tutor										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<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.

CASOS DE ACOGIMIENTO / TUTELA INSTITUCIONAL	
C.I.F. DE LA INSTITUCIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
<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:

.....



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 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.

CASOS DE ACOGIMIENTO / TUTELA INSTITUCIONAL	
C.I.F. DE LA INSTITUCIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
<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.^a 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.^a..... 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.^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)



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