

ANEXO I

SOLICITUD DE AYUDAS FONDO DE ACCION SOCIAL 2010 *(señalar con una "x" las casillas que correspondan)*

LEA ATENTAMENTE: Pacto de Acción Social de 21 de diciembre de 2009, Bases (Orden SAN/1638/2010, de 25 de noviembre) y Resolución de 3 de diciembre de 2010 de convocatoria.

I.- DATOS DEL SOLICITANTE (Empleado público, salvo en caso de fallecimiento)

| | | | |
|----------------------|-----------------------|-------------------------------------|--|
| 1.1. Primer Apellido | 1.2. Segundo Apellido | 1.3. Nombre | |
| 1.4. NIF | 1.5. Teléfono | 1.6. Domicilio (Calle o Plaza y nº) | |
| 1.7. Provincia | 1.8. Municipio | 1.9. Código Postal | |

II.- SÓLO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL EMPLEADO PÚBLICO (cumplimentar datos del empleado público)

| | | |
|----------------------|-----------------------|-------------|
| 2.1. Primer Apellido | 2.2. Segundo Apellido | 2.3. Nombre |
|----------------------|-----------------------|-------------|

III.- DATOS PROFESIONALES DEL EMPLEADO PÚBLICO:

| | | | |
|---|------------------------|----------------------|---|
| 3.1. Gerencia Regional de Salud: <input type="checkbox"/> GSA <input type="checkbox"/> GAP <input type="checkbox"/> GAE <input type="checkbox"/> GEMS <input type="checkbox"/> SSCC | 3.2. Centro de Trabajo | 3.3. Provincia. | 3.4. Municipio |
| 3.5. Puesto | 3.6. Grupo/Categoría | 3.7. Teléfono (Ext.) | 3.8. Servicio Activo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

IV.- DATOS DEL CÓNYUGE EN EL SUPUESTO DE QUE ESTUVIERE ADSCRITO A LA G.R.S.

| | | |
|----------------------|------------------------|-------------|
| 4.1. Primer Apellido | 4.2. Segundo Apellido | 4.3. Nombre |
| 4.4. NIF | 4.5. Centro de trabajo | |

V.- SI PERCIBE PRESTACIONES POR EL MISMO CONCEPTO Y BENEFICIARIO:

| | | |
|------------|----------------|--------------|
| 6.1. CLASE | 6.2. ORGANISMO | 6.3. CUANTIA |
|------------|----------------|--------------|

VI.- SI TIENE SOLICITADAS OTRAS PRESTACIONES POR EL MISMO CONCEPTO:

| | | |
|------------|----------------|--------------|
| 7.1. CLASE | 7.2. ORGANISMO | 7.3. CUANTIA |
|------------|----------------|--------------|

VII.- MODALIDAD DE LA AYUDA

| Ayuda solicitada | | Marque con una X en caso de solicitud | Nº beneficiarios | Cuantía de la Ayuda |
|---|----------------------------|---------------------------------------|------------------|---------------------|
| Área socio-familiar | | | | |
| I.- Por cuidado de hijos | Fecha de nacimiento | | | |
| 1. Menores de 3 años | | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. De 3-18 años | | <input type="checkbox"/> | | |
| II.- Ayuda por familiares | | <input type="checkbox"/> | | |
| III.- Ayuda por estudios de hijos | | | | |
| 1. Formación Profesional | | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Estudios Universitarios | | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Ayudas complementarias | | | | |
| 1) Residencia | | <input type="checkbox"/> | | |
| 2) Transporte | | <input type="checkbox"/> | | |
| IV.- Prótesis | | | | |
| 1. Oculares | | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Dentales | | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Auditivas | | <input type="checkbox"/> | | |
| V.- Ayudas de carácter excepcional | | | | |
| 1. Gastos para recibir asistencia sanitaria | | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Socorro por fallecimiento | | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Reducción de jornada | | <input type="checkbox"/> | | |
| Ayudas del Área de formación y promoción del profesional | | | | |
| I. Ayudas para la formación | | | | |
| 1. Formación Profesional | | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Estudios Universitarios | | <input type="checkbox"/> | | |
| II. Ayudas para la promoción | | <input type="checkbox"/> | | |

VIII.- MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR Y AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

Relacione TODOS los miembros de la unidad familiar. Además, TODOS los nacidos con anterioridad al 01-01-1991 deberán **AUTORIZAR** con su **FIRMA** a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para obtener la renta disponible de la A.E.A.T. e información de las Administraciones Públicas.

| MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR | APELLIDOS Y NOMBRE | NIF | Fecha de nacimiento | FIRMA |
|---|--------------------|-----|---------------------|-------|
| 1. SOLICITANTE | | | | |
| 2. Cónyuge/Pareja Inscrita Reg. Oficial | | | | |
| <input type="checkbox"/> Marcar esta casilla si el matrimonio o la inscripción de la unión de hecho ha sido posterior a 31 de diciembre de 2008 | | | | |
| 3. HIJO/A | | | | |
| 4. HIJO/A | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| IMPORTANTE: La NO AUTORIZACIÓN expresa en este apartado de los nacidos antes del 01-01-1991, dará lugar a la EXCLUSION TOTAL DE LA SOLICITUD | | | | |

De conformidad con lo dispuesto en la presente convocatoria, en las Bases de la Convocatoria y demás disposiciones legales de aplicación, **DECLARO RESPONSABLEMENTE:**

- Los datos consignados en la presente solicitud y documentos que se acompañan se ajustan a la realidad.
- Reunir los requisitos para ser beneficiario de las ayudas solicitadas y que dispongo de la documentación que lo acredita, comprometiéndome a aportarla a requerimiento de la Administración.
- Que no he percibido ayuda igual o similar de entidad pública o privada. Asimismo que ni por el cónyuge D./ Dña..... ni por ningún miembro de mi unidad familiar se ha percibido ayuda por el mismo o similar concepto.

En caso contrario se cumplimentará el apartado V y, en su caso, el VI del presente Anexo.

En a de 2010

Firma del/de la solicitante

ÓRGANO AL QUE DIRIGE LA SOLICITUD.....

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León le informa que los datos aportados a este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/157/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Pº Zorrilla 1, 47007-Valladolid

ANEXO II

DOCUMENTACION QUE SE APORTA (Original o fotocopia compulsada)

1.- DOCUMENTACIÓN GENERAL:

- Libro de Familia completo/resolución administrativa o judicial de acogimiento, adopción o tutela.
- Certificado de la inscripción de la unión de hecho en el Registro de Uniones de Hecho
- Otros documentos (indicar cual):

2.- AREA SOCIO- FAMILIAR:

I.- AYUDA POR FAMILIARES DISCAPACITADOS:

- Documento que acredita que el familiar discapacitado mayor de edad no desempeña actividad remunerada

II.- AYUDA POR ESTUDIOS DE HIJOS:

- Certificado de defunción del empleado, en caso de ayuda para hijos huérfanos.
- Documento que acredita la formalización efectiva de la matrícula en la que figura el importe pagado por la misma.
- Certificado del centro o residencia/contrato de alquiler/ resguardos de transferencias bancarias.
- Factura o documento que acredite el pago del transporte público

III.- AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE PRÓTESIS, ORTODONCIAS Y AUDÍFONOS

- Facturas originales justificativas del gasto.
- Certificado de defunción del trabajador (cuando el beneficiario sea su huérfano).

IV.- AYUDAS DE CARÁCTER EXCEPCIONAL

Gastos de desplazamiento, alojamiento y manutención para recibir asistencia sanitaria

- Informe médico.
- Facturas originales de los gastos cubiertos.

Socorro por fallecimiento:

- Certificado de defunción del empleado público.
- Testamento/acta notarial/declaración de herederos.

Reducción de jornada:

- Documento que acredita la fecha de inicio, porcentaje y periodo de la reducción de jornada.

En caso de cuidado de persona con discapacidad física, psíquica o sensorial:

- Documentación que acredita no desempeñar actividad remunerada.

3.- ÁREA DE FORMACIÓN Y PROMOCIÓN DEL PERSONAL.

I.- AYUDAS PARA LA FORMACIÓN:

- Documento que acredita la formalización efectiva de la matrícula en la que figura el importe pagado por la misma.

II.- AYUDAS PARA LA PROMOCIÓN:

- Certificado de presentación al examen.
- Factura acreditativa de los gastos de desplazamiento.