



**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
<b>Área socio-familiar</b>				
<b>I.- Por cuidado de hijos</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>			
1. Menores de 3 años				
2. De 3-18 años				
<b>II.- Ayuda por familiares discapacitados</b>				
<b>III.- Ayuda por estudios de hijos</b>				
1. Formación Profesional				
2. Estudios Universitarios				
3. Ayudas complementarias				
1) Residencia				
2) Transporte				
<b>IV.- Prótesis</b>				
1. Oculares				
2. Dentales				
3. Auditivas				
<b>V.- Ayudas de carácter excepcional</b>				
1. Gastos para recibir asistencia sanitaria				
2. Socorro por fallecimiento				
3. Reducción de jornada				
<b>Ayudas del Área de formación y promoción del profesional</b>				
<b>I. Ayudas para la formación</b>				
1. Formación Profesional				
2. Estudios Universitarios				
<b>II. Ayudas para la promoción</b>				

**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 **EXCLUSIÓN 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.