



Nº Procedimiento

030036

Código SIACI

SIJ

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores, Personas  
con Discapacidad y Dependientes

## SOLICITUD DE AYUDA ECONOMICA A FAMILIAS NUMEROSAS

### DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

|   |   |                              |                       |                         |   |
|---|---|------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|
| Persona física <input type="checkbox"/> | NIF <input type="checkbox"/>                          | NIE <input type="checkbox"/> | Número de documento   |                         |   |
| Nombre                                  |   | 1º Apellido                  |                       | 2º Apellido             |   |
| Sexo                                    | H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Estado Civil (2)             |                       | Discapacidad reconocida | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nivel Estudios (1)                      |   |                              | Situación Laboral (3) |                         |   |
| Domicilio                               |   |                              |                       |                         |   |
| Provincia                               |   | C.P.                         |                       | Población               |   |
| Teléfono                                |   | Teléfono Móvil               |                       | Correo Electrónico      |   |

### UNIDAD FAMILIAR

| NIF/NIE | NOMBRE | 1º APELLIDO | 2º APELLIDO | Discapacidad Reconocida  |                          | Fecha Nacimiento | Nivel de Estudios (1) | Ocupación (3) | Sexo                     |                          |
|---------|--------|-------------|-------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|
|         |        |             |             | SI                       | NO                       |                  |                       |               | H                        | M                        |
|         |        |             |             | <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"/> |
|         |        |             |             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |                       |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|         |        |             |             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |                       |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales con la finalidad de gestionar este expediente. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante esta Dirección General (Avda. de Francia nº 4. 45071 Toledo) o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico [protecciondatos@jccm.es](mailto:protecciondatos@jccm.es).



**Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores, Personas  
con Discapacidad y Dependientes**

**EXPONE:**

Que reuniendo los requisitos exigidos en el Decreto 80/2012, de 26 de abril de 2012, por el que se regulan ayudas económicas a familias numerosas y familias acogedoras de Castilla-La Mancha (DOCM nº 85, de 30 de abril de 2012)

**SOLICITA :**

La concesión de una: Ayuda económica a familias numerosas

Petición Nueva  Renovación

**DECLARACIONES RESPONSABLES:**

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

- No incurre en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 13.2 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, excepto lo previsto en la letra e)
- Se compromete asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifican en el Decreto que regula esta ayuda, las cuales conoce y acepta en su integridad.
- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, en caso de ser propuesto como beneficiario.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de concesión de ayuda o subvención, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

**AUTORIZACIONES**

En los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes,

**AUTORIZA**  **SI**  **NO** a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los datos acreditativos de identidad, domicilio o residencia, información de índole tributaria y sobre afiliación a la Seguridad Social y demás datos necesarios para la tramitación de la ayuda, comprometiéndose en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.



**Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores, Personas  
con Discapacidad y Dependientes**

La presente autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la subvención objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DOCUMENTACIÓN:**

- Fotocopia del Libro de Familia
- Certificación del padrón municipal en que conste la residencia y empadronamiento del interesado, sus convivientes y la fecha de alta en el mismo.
- Fotocopia o copia del contrato de trabajo registrado en el INEM o, en su caso, documentación que acredite la inscripción como demandante de empleo.
- Fotocopia compulsada de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas del ejercicio fiscal inmediatamente anterior a la fecha de presentación de la solicitud.
- Certificado de escolarización y asistencia al Centro escolar de Castilla- La Mancha, expedido por el mismo.

**Datos de la entidad bancaria a efectos del pago de la ayuda.**

Nombre de la entidad bancaria.....

Domicilio.....

| Código entidad |  |  |  | Sucursal |  |  |  | DC |  | Número de cuenta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|----------|--|--|--|----|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                |  |  |  |          |  |  |  |    |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Fecha y Firma (DNI electrónico o certificado válido):

SR. COORDINADOR DE LOS SERVICIOS PERIFERICOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES DE....



**Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores, Personas  
con Discapacidad y Dependientes**

**(1) NIVEL DE ESTUDIOS**

- 1 ANALFABETO
- 2 BACHILLERATO O COU
- 3 CERTIFICADO ESTUDIOS PRIMARIOS O GRADUADO ESCOLAR
- 4 ESO
- 5 ESTUDIOS UNIVERSITARIOS GRADO MEDIO O ASIMILADOS
- 6 ESTUDIOS UNIVERSITARIOS GRADO SUPERIOR
- 7 FP DE GRADO MEDIO
- 8 FP DE GRADO SUPERIOR
- 9 SIN ESTUDIOS (ADULTO QUE SABE LEER Y ESCRIBIR)
- 10 MENOR EN EDAD NO ESCOLAR
- 11 EDUCACION INFANTIL
- 12 EDUCACION PRIMARIA
- 13 EDUCACION SECUNDARIA

**(2) ESTADO CIVIL**

- 1 SOLTERO/A
- 2 CASADO/A
- 3 VIUDO/A
- 4 DIVORCIADO/A
- 5 SEPARADO/A LEG.
- 6 OTRO
- 7 SEPAR. DE HECHO
- 8 PAREJA DE HECHO

**(3) OCUPACIONES**

- 1 CONDUCTORES Y OPERADORES DE MAQUINARIA MÓVIL
- 2 DEPENDIENTES DE COMERCIO Y ASIMILADOS
- 3 DIRECTIVO DE EMPRESA
- 4 ECONOMÍA SUMERGIDA
- 5 EMPLEADA DE HOGAR
- 6 EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS DE EMPRESAS PRIVADAS
- 7 EMP./PROFES./TRABAJ. CUENTA PROPIA CON PERSONAL
- 8 EMP./PROFES./TRABAJ. CUENTA PROPIA SIN PERSONAL
- 9 OCUPACIONES LIBERALES
- 10 PEONES AGRICULTURA/PESCA/CONSTRUCCIÓN/IND MAN/TRAN
- 11 PERSONA SIN REMUNERACIÓN REGLAMENTADA
- 12 TÉCNICO DE EMPRESAS
- 13 TEMPORERO
- 14 TRABAJADORES CUALIFICADOS AGRICULTURA Y PESCA
- 15 TRAB. CUALIF. CONSTRUCCIÓN(EXCEP OPERADOR MAQUINA)
- 16 TRAB. CUALIFICADO A. GRÁFICAS/TEXTIL/CONFECCIÓN
- 17 TRABAJADOR CUALIFICADO INDUSTRIA TRAB. CUALIFICADO



**Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores, Personas  
con Discapacidad y Dependientes**

- 18 TRAB. DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD
- 19 TRABAJADORES NO CUALIFICADOS EN SERVICIOS
- 20 EMPLEADOS PÚBLICOS
- 21 MENOR NO ESCOLARIZADO
- 22 OTROS
- 23 PERSONA QUE SE OCUPA DE SU HOGAR

**MUY IMPORTANTE:**

**El/la trabajador/a social de su barrio o localidad, a quien encontrará en el Centro Social, puede prestarle una valiosa información, tanto para aclarar el objetivo de las ayudas como para la documentación que ha de acompañar a su solicitud.**

**SERVICIOS PERIFÉRICOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES  
DONDE ENVIAR LA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN:**

ALBACETE. C/ Pedro Simón Abril, 10- Teléfono: 967/ 55 80 00 – Fax: 967 / 50 13 20 – 02003  
ALBACETE

CIUDAD REAL. C/ Paloma, 21 – Teléfono: 926/ 27 69 00 – Fax: 926/ 27 67 87 – 13071 CIUDAD  
REAL

CUENCA. C/ Hervás y Panduro, 1 – Teléfono: 969/ 17 68 00 – Fax: 969/ 17 69 59 – 16071  
CUENCA

GUADALAJARA. C/ Julián Besteiro, 2 – Teléfono 949/ 88 58 00 – Fax: 949/ 88 58 69 – 19001  
GUADALAJARA

TOLEDO. C/ Río Guadalmena, 2 – Teléfono 925/ 26 90 69 – Fax: 925 / 26 90 27 – 45071  
TOLEDO