



EXPEDIENTE

PROCEDIMIENTO PROGRAMA DE ESTANCIAS DE TIEMPO LIBRE PARA MUJERES SOLAS CON RESPONSABILIDADES FAMILIARES NO COMPARTIDAS	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO SI447A	DOCUMENTO SOLICITUD
--	---	-------------------------------

DATOS DE LA SOLICITANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI/NIE
[]		[]		[]
EDAD	NACIONALIDAD	DIRECCIÓN		
[]	[]	[]		
PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	
[]	[]	[]	[]	
TELÉFONOS DE CONTACTO		DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%		ORGANISMO QUE EXPIDIÓ LA CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DE LA DISCAPACIDAD (si es el caso)
[] []		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		[]

La solicitante DECLARA:

- Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se adjuntan son ciertos, que no se omiten datos, que conoce las posibles responsabilidades existentes en los supuestos de ocultación, falsedad de datos o de cualquier otra actuación fraudulenta.
- Que autoriza a la Secretaría General de la Igualdad para recabar la información adicional que considere necesaria para la adecuada estimación de los ingresos o recursos económicos de la unidad de convivencia independiente, discapacidad y, en general, para completar el expediente administrativo dirigiéndose a los órganos públicos o privados competentes.
- Que autoriza a la Secretaría General de la Igualdad, de conformidad con los artículos 2º y 3º del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009 que lo desarrolla, para la consulta de sus datos de identidad y residencia en los sistemas de verificación de datos de identidad y residencia del Ministerio de la Presidencia.

NÚMERO DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (Incluida la solicitante) []

RELACIÓN DE HIJAS E HIJOS A CARGO DE LA SOLICITANTE (DE 2 A 12 AÑOS) QUE LA ACOMPAÑARÁN EN LA ESTANCIA

NOMBRE	APELLIDOS	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]

HIJAS/OS CON DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33% RECONOCIDA

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	ORGANISMO QUE EXPIDIÓ LA CERTIFICACIÓN
[]	[]	[]
[]	[]	[]

**CENTRO DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN DE SU SOLICITUD
(CIM, SERVICIOS SOCIALES, CENTRO DE ACOGIDA, ETC)**

NOMBRE DEL CENTRO	TELÉFONO DEL CENTRO
[]	[]

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5º de la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, la informo de que los datos personales recogidos en esta solicitud se incorporarán a un fichero, para su tratamiento, para la gestión de este procedimiento. Usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la ley, mediante un escrito dirigido a la Secretaría General de la Igualdad, como responsable del fichero.

LEGISLACIÓN APLICABLE Resolución del ... de de 2012, de la Secretaría General de la Igualdad por la que se aprueban las bases reguladoras y se convocan estancias de tiempo libre para mujeres solas con responsabilidades familiares no compartidas	(A rellenar por la Administración) RECIBIDO [] REVISADO Y CONFORME []	NÚMERO DE EXPEDIENTE _____
FIRMA DE LA SOLICITANTE Lugar y fecha _____ de _____ de _____		FECHA DE ENTRADA ____/____/____ FECHA DE EFECTOS ____/____/____ FECHA DE SALIDA ____/____/____



DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (SEÑALAR LA QUE CORRESPONDA)

- COPIA COMPULSADA DE LA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LAS HIJAS Y/O HIJOS A CARGO.
- COPIA COMPULSADA DE LA TARJETA DE RESIDENCIA O DE LA TARJETA DE RÉGIMEN COMUNITARIO, EN SU CASO.
- COPIA COMPULSADA DE LA ACREDITACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DE LA SOLICITANTE Y/O DE SUS HIJAS/OS, EN SU CASO, SOLO SI NO HA SIDO EXPEDIDO POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA.
- DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA (anexo II) ACOMPAÑADA DE LOS DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS.
- INFORME DEL CENTRO DE ACOGIDA, EN SU CASO.
- ACREDITACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO, EN SU CASO.
- COPIA COMPULSADA DE LA TARJETA DE DEMANDANTE DE EMPLEO, EN SU CASO.
- DECLARACIÓN RESPONSABLE (anexo III).
- INFORMES MÉDICOS DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD (referidos a la solicitante y a sus hijas y/o hijos menores que la vayan a acompañar).
- OTROS:



DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS

Doña con DNI/NIE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD LOS SIGUIENTES BIENES, DERECHOS Y/O RENDIMIENTOS:

1) RENDIMIENTOS MENSUALES INTEGROS DEL TRABAJO ⁽¹⁾ DE LA SOLICITANTE O DEL CONJUNTO DE LA UNIDAD FAMILIAR, SEGÚN EL CASO.

PERCEPTOR/A (indicar los/as que procedan)	CUANTÍA MENSUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Si no hubiese, indicar "NINGUNO"

2) RENDIMIENTOS DEL CAPITAL MOBILIARIO E INMOBILIARIO ⁽¹⁾ DE LA SOLICITANTE O DEL CONJUNTO DE LA UNIDAD FAMILIAR, SEGÚN EL CASO. (INCLUYENDO LOS INCREMENTOS DEL PATRIMONIO. SE EXCEPTÚA LA VIVIENDA HABITUAL).

TITULAR (indicar los/as que proceda)	CONCEPTO	CUANTÍA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Si no hubiese, indicar "NINGUNO"

3) RENDIMIENTOS DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS ⁽¹⁾ DE LA SOLICITANTE O DEL CONJUNTO DE LA UNIDAD FAMILIAR, SEGÚN EL CASO.

CONCEPTO	CUANTÍA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Si no hubiese, indicar "NINGUNO"

4) INGRESOS DE NATURALEZA PRESTACIONAL ⁽¹⁾ DE LA SOLICITANTE O DEL CONJUNTO DE LA UNIDAD FAMILIAR, SEGÚN EL CASO (EXCEPTO LAS ASIGNACIONES ECONÓMICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR HIJA/O O MENOR ACOGIDA/O A CARGO).

CONCEPTO	CUANTÍA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Si no hubiese, indicar "NINGUNO"

Lugar y fecha

_____, de _____ de _____

Firma



DECLARACIÓN RESPONSABLE

Doña con DNI/NIE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD (señalar con una X lo que proceda)

- Que nunca he disfrutado del programa de estancias de tiempo libre para mujeres solas con responsabilidades familiares no compartidas ni de otro de características similares.
- Que he disfrutado del programa de estancias de tiempo libre para mujeres solas con responsabilidades familiares no compartidas o de otro de características similares, en el .

Lugar y fecha

_____, de _____ de _____

Firma