



PROCEDIMIENTO AYUDAS A LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL COMO MEDIDA DE FOMENTO DE LA CORRESPONSABILIDAD PARA LOS TRABAJADORES QUE SE ACOJAN Á LA REDUCCIÓN DE SU JORNADA DE TRABAJO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO SI440A	DOCUMENTO SOLICITUD
--	---	-------------------------------

EXPEDIENTE

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE							
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fidedigna por cualquiera medio válido en derecho)			
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (no es necesaria si coincide con la anterior)							
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

DATOS BANCARIOS	
Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados relativos a la cuenta bancaria indicada.	
TITULAR DE LA CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA (20 DÍGITOS)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL/DE LA CÓNYUGE O PAREJA (si es el caso)			
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LOS/AS HIJOS/AS POR LOS/LAS QUE SE SOLICITA LA AYUDA				
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO/ ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO	DISCAPACIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

FAMILIA MONOPARENTAL <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

DECLARA: Que conoce que la obtención de ayuda comunitaria implica la aparición en la lista pública de personas beneficiarias, en la que figuran los datos de identidad o denominación social, de las operaciones y de la cuantía de fondos públicos asignada a cada operación, que la autoridad de gestión del programa operativo publicará conforme a lo previsto en el artículo 7º.2 d) del Reglamento (CE) 1828/2006 de la Comisión, de 8 de diciembre (DOUE L/45, del 15 de febrero de 2007).



DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (ARTÍCULO 7º.3) O DECLARA ESTAR EN PODER DE LA SECRETARÍA GENERAL DE LA IGUALDAD

	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTE.	AÑO
<input type="checkbox"/> Copia del DNI o NIE, solo en el caso de no autorizar su consulta en el Sistema de verificación de datos de identidad.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Anexo II.a. (para el caso de progenitores solteros con hijo/a reconocido/a por el otro progenitor pero sin que exista convivencia entre padre y madre, declaración jurada que recoja este extremo).	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Anexo II.b. (declaración de que el período de reducción solicitado no coincide con el permiso por maternidad, ni con ningún otro permiso, licencia o excedencia para el mismo fin.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Anexo III.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Anexo IV.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Anexo V.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Copia compulsada del libro de familia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Copia compulsada de la sentencia de nulidad, separación o divorcio y del convenio regulador, si es el caso.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> En los supuestos de adopción, fotocopia compulsada de la resolución judicial por la que se constituye la adopción.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> En el caso de acogimiento familiar copia compulsada de la resolución administrativa o judicial de acogimiento.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado en el que se acredite el grado de discapacidad del hijo/a por el/la cual se solicita la ayuda en los supuestos en que este fuera expedido por una Administración distinta a la Xunta de Galicia.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificación de empadronamiento en el cual se acredite la fecha de empadronamiento de la persona solicitante dentro del territorio de la Comunidad Autónoma gallega.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documento de la Tesorería General de la Seguridad Social en el que se acredite la situación de reducción de jornada por guarda legal. En el caso de pertenecer a sistemas de previsión social distintos al de la seguridad social (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, etc.) certificación en el que se acredite la referida situación.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado de vida laboral emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social relativo a la persona solicitante.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> En el caso de familias no monoparentales, certificación de la vida laboral emitida por la Tesorería General de la Seguridad Social relativa al cónyuge o pareja. En el caso de pertenecer a sistemas de previsión social distintos al de la seguridad social (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, etc.) certificación acreditativa de encontrarse en servicio activo, durante el período por el que se solicita la ayuda.	<input type="checkbox"/>			

Autorizo a la Secretaría General de Igualdad, de conformidad con el artículo 20.3º de la Ley 9/2007, de Subvenciones de Galicia y el artículo 4 de la Orden del 12 de enero de 2012, por la que se regula la habilitación de procedimientos administrativos y servicios en la Administración general y en el sector público autonómico de Galicia, a la consulta de la documentación indicada anteriormente.

Asimismo, declaro que dicha documentación se mantiene vigente en la actualidad y que no han transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento al que corresponden.

Autorizo a la Secretaría General de Igualdad, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y con la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009 que lo desarrolla, para la consulta de los datos de identidad del solicitante en el sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

SÍ NO (En este caso se aportará la documentación correspondiente)

De conformidad con el artículo 13.4 de la Ley 4/2006, de 30 de junio, de transparencia y de buenas prácticas en la Administración pública gallega, y con lo previsto en el Decreto 132/2006, de 27 de julio, por el que se regulan los registros públicos creados en los artículos 44 y 45 de la Ley 7/2005, de 29 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia, la Secretaría General de Igualdad publicará en su página web oficial la relación de los beneficiarios y el importe de las ayudas concedidas al amparo de esta orden. Incluirá, igualmente, las referidas ayudas y las sanciones que como consecuencia de ellas pudiesen imponerse, en los correspondientes registros públicos, por lo que la presentación de la solicitud lleva implícita la autorización para el tratamiento necesario de los datos de los beneficiarios y la referida publicidad.



En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa de que los datos personales recogidos en esta solicitud se incorporarán a un fichero para su tratamiento, con la finalidad de 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 este centro directivo como responsable del fichero.

LEGISLACIÓN APLICABLE

Resolución de ___ de _____ de 2013, de la Secretaría General de la igualdad por la que se regulan las bases para la concesión de ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral como medida de fomento de la corresponsabilidad para los trabajadores que se acojan a la reducción de su jornada de trabajo cofinanciadas por el Fondo Social Europeo (FSE), y se procede a su convocatoria para el año 2013.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



DECLARACIÓN JURADA

(para cubrir solo en el caso de progenitores solteros/as con hijas/os reconocidos/as por el otro progenitor con el que no conviven)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE							
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA		NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

Y, EN SU REPRESENTACIÓN			
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

1º. Que no conviví con el otro progenitor durante el período objeto de la presente solicitud.

2º. Que mi hijo/a no convivía con su otro/a progenitor/a y estuvo a mi cuidado en el domicilio arriba indicado durante el período objeto de la presente solicitud.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



DECLARACIÓN

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

Y, EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

DECLARA

1º. Que el período solicitado no coincidió con el permiso por maternidad, ni con cualquiera otro permiso, licencia o excedencia para la misma finalidad.

2º Que el período de disfrute del permiso por maternidad fue el siguiente: desde el día hasta el día

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

 , de de



DECLARACIÓN RESPONSABLE

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y, EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

Primero

Que no estoy incurso/a en ningún procedimiento de reintegro o sancionador iniciado como consecuencia de subvención o ayuda de la misma naturaleza otorgada por la Administración general de la Xunta de Galicia o de sus organismos autónomos.

Segundo

Que estoy de acuerdo con las actuaciones de control y supervisión de estas ayudas que lleven a cabo el Fondo Social Europeo, la unidad administradora del FSE del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y del órgano concedente.

Tercero

Que estoy al día de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social y que no tengo pendiente de pago ninguna deuda con la Administración pública de la comunidad autónoma, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del Decreto 11/2009, de 8 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia.

Cuarto

Que durante el período de la presente solicitud conviví con mi hija/o por el/la que solicito la subvención.

Quinto

Que el conjunto de ayudas solicitadas, concedidas y/o percibidas para las actuaciones previstas en esta convocatoria, procedentes de las distintas administraciones públicas y de otros entes públicos o privados, nacionales o internacionales, además de las previstas en esta resolución, son las siguientes:

- NINGUNA OTRA AYUDA O SUBVENCIÓN
- OTRAS AYUDAS O SUBVENCIÓNES

CONCEPTO DE LA AYUDA	S/C/P	IMPORTE €	ADMINISTRACIÓN O ENTIDAD PÚBLICA CONCEDENTE Y NORMATIVA REGULADORA

* Indíquese lo que corresponda (S: solicitada / C: concedida / P: percibida)

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha , de de



CERTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

NIF

TIPO

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO

BLOQUE

PISO

PUERTA

CP

PROVINCIA

AYUNTAMIENTO

LOCALIDAD

TELÉFONO FIJO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

CERFIFICO

Que el/la trabajador/a , con NIF nº

estuvo dentro del período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012 en situación de: REDUCCIÓN DE JORNADA PARA EL CUIDADO DE HIJA/O MENOR DE TRES AÑOS

Desde:

Hasta: (Cubrir obligatoriamente)

Jornada ordinaria de su contrato de trabajo ANTES de la reducción por cuidado de hija/o:

- Completa
- Parcial: % sobre la jornada completa establecida en convenio

Señalar el porcentaje que reduce sobre la jornada que realiza:

Se expide la presente certificación a petición del/de la interesado/a a efectos de solicitar la ayuda por reducción de jornada prevista en la Resolución de __ de _____ de ___ por la que se regulan las bases para la concesión de las ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral como medida de fomento de la corresponsabilidad para los trabajadores que se acojan a la reducción de su jornada de trabajo cofinanciadas con el Fondo Social Europeo (FSE) y se procede a su convocatoria.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de

NOTA: No se admitirán certificaciones que presenten correcciones, enmiendas o tachaduras.



RECOGIDA DE DATOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

SEXO (Señalar una opción)

-
- Hombre
-
- Mujer

NIVEL DE TITULACIÓN (señalar una opción)

Nivel titulación	Código	Nivel titulación	Código
<input type="radio"/> Sin alfabetizar	0	<input type="radio"/> Bachillerato, BUP, COU	4
<input type="radio"/> Estudios primarios sin acabar	1	<input type="radio"/> FP2	5
<input type="radio"/> EGB	2	<input type="radio"/> Diplomatura universitaria	6
<input type="radio"/> FP1	3	<input type="radio"/> Licenciatura universitaria	7

DATOS LABORALES

Relación laboral: (señalar una opción)

- Trabajador/a por cuenta ajena en entidad privada
 Trabajador/a de la Administración:
 Personal funcionario Personal laboral Personal estatuario

Administración de:

-
- Autonómica
-
- Local
-
- Central

Duración de la relación laboral: (Señalar una opción)

- Indefinida
 Temporal duración de 2 hasta 6 meses
 Temporal duración de 6 hasta 12 meses
 Temporal duración mayor a 12 meses

DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD EN LA QUE PRESTA SUS SERVICIOS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

Número de trabajadores/as en el cuadro de personal

Número de mujeres Número de hombres

Forma jurídica (señalar una opción)

<input type="radio"/> Sociedad anónima	01	<input type="radio"/> Sociedad agraria de transformación	08
<input type="radio"/> Sociedad cooperativa	02	<input type="radio"/> Asociaciones privadas sin ánimo de lucro	09
<input type="radio"/> Sociedad anónima laboral	03	<input type="radio"/> Sociedad limitada laboral	10
<input type="radio"/> Comunidad de bienes	04	<input type="radio"/> Administración	11
<input type="radio"/> Sociedad limitada	05	<input type="radio"/> Org. patronales o sindicales	12
<input type="radio"/> Empresario/a individual	06	<input type="radio"/> Otras entidades sin ánimo de lucro	13
<input type="radio"/> Sociedad civil	07	<input type="radio"/> Otras	14

Sector de actividad (señalar una opción)

<input type="radio"/> Agricultura y ganadería	A	<input type="radio"/> Construcción	M
<input type="radio"/> Pesca	B	<input type="radio"/> Comercio	N
<input type="radio"/> Industria de alimentación, bebidas y tabaco	C	<input type="radio"/> Hostelería	Ñ
<input type="radio"/> Industria textil y de la confección	D	<input type="radio"/> Transporte	O
<input type="radio"/> Industria de la madera	E	<input type="radio"/> Actividades inmobiliarias	P
<input type="radio"/> Industria del papel: edición y artes gráficas	F	<input type="radio"/> Actividades informáticas	Q
<input type="radio"/> Industria química	G	<input type="radio"/> Investigación y desarrollo	R
<input type="radio"/> Fabricación de maquinaria	H	<input type="radio"/> Servicios a empresas	S
<input type="radio"/> Fabricación de vehículos a motor	I	<input type="radio"/> Educación	T
<input type="radio"/> Fabricación de material eléctrico	J	<input type="radio"/> Sanidad	U
<input type="radio"/> Fabricación de material electrónico	K	<input type="radio"/> Administración pública	V
<input type="radio"/> Producción y distribución de energía	L	<input type="radio"/> Otras actividades	X