



PROCEDIMIENTO 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	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO SI440A	DOCUMENTO SOLICITUD
--	---	-------------------------------

EXPEDIENTE
SI440A 2018/

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO BLOQUE PISO PUERTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

TELÉFONO TELÉFONO MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Notifíquese a: Persona solicitante Persona o entidad representante

Se enviarán avisos de puesta a disposición de la notificación al correo electrónico y/o teléfono móvil facilitados a continuación:

TELÉFONO MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO

ELECCIÓN DEL MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

Las personas obligadas a relacionarse a través de medios electrónicos con la Administración deberán optar, en todo caso, por la notificación por medios electrónicos sin que sea válida para ellas, ni produzca efectos, una opción diferente.

Electrónica a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, <https://notifica.xunta.gal>. Sólo se podrá acceder a la notificación con el certificado electrónico asociado al NIF de la persona indicada.

Postal (cubrir la dirección postal sólo si es distinta de la indicada anteriormente)

Las notificaciones que se practiquen en papel estarán también a disposición de la persona indicada anteriormente en el Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, para que pueda acceder a su contenido de forma voluntaria.

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO BLOQUE PISO PUERTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

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 (24 DÍGITOS)

IBAN

FAMILIA MONOPARENTAL Sí NO



DATOS DE LA PERSONA CÓNYUGE O PAREJA (en su caso)

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

DATOS DE LOS/ LAS HIJOS/AS MENORES DE 12 AÑOS INCLUYENDO LOS/LAS MENORES DE 3 AÑOS POR LOS/LAS CUALES SE SOLICITA LA AYUDA (en la fecha de inicio del período subvencionable)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO (1)	FECHA DE NACIMIENTO, ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO	DISCAPACIDAD
<input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

(1) Indiquen lo que proceda: (A) adopción; (AFRJ) acogimiento familiar resolución judicial; (AFRAXG) acogimiento familiar resolución administrativa de la Xunta de Galicia; (AFRADM) acogimiento familiar resolución administrativa emitida por otra Administración.

PERIODO/S CON REDUCCIÓN DE JORNADA ENTRE EL 1 DE JUNIO DE 2017 Y EL 30 DE JUNIO DE 2018 (continuada o fraccionada)

1º Desde	<input type="text"/>	hasta	<input type="text"/>
2º Desde	<input type="text"/>	hasta	<input type="text"/>
3º Desde	<input type="text"/>	hasta	<input type="text"/>
4º Desde	<input type="text"/>	hasta	<input type="text"/>

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA:

1. Que en relación con otras ayudas concedidas o solicitadas:

- No ha solicitado ni se le ha concedido ninguna otra ayuda para este mismo proyecto o conceptos para los que solicita esta subvención.
- Sí ha solicitado y/o se le han concedido otras ayudas para este mismo proyecto o conceptos para los que solicita esta subvención, que son las que a continuación se relacionan:

ORGANISMOS	AÑO	IMPORTE (€)	DISPOSICIÓN REGULADORA
<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"/>

- 2. Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se aportan son ciertos.
- 3. Que durante el período de la presente solicitud conviví con mi hija/o por la/el que solicito la subvención.
- 4. Que el período de reducción de jornada para el que se solicita la ayuda no coincide con el permiso por maternidad, ni con ningún otro permiso, licencia o excedencia para el mismo fin de la persona cónyuge o pareja.
- 5. Que las fechas de disfrute del permiso por maternidad entre el 1 de junio de 2017 y el 30 de junio de 2018 (en su caso) de la persona solicitante o de la persona cónyuge o pareja relativo al/a los hijo/s por el/los que se solicita la ayuda fue el siguiente:
desde el día hasta .
- 6. No estar incurso/a en ninguna de las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario que establece el artículo 10.2 da Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia y en el artículo 9 del reglamento de subvenciones de Galicia, aprobado por el 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.
- 7. No estar incurso/a en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, general de subvenciones.
- 8. Estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social y no tiene pendiente de pago ninguna otra deuda con la Administración pública de la Comunidad Autónoma.
- 9. Que está de acuerdo con las actuaciones de control, supervisión y verificación de los órganos de la Administración del Estado, de la Comunidad Autónoma y del Fondo Social Europeo.
- 10. Que conoce que las ayudas solicitadas al amparo de esta convocatoria están cofinanciadas por el Fondo Social Europeo (2014-2020) en un 80 %.
- 11. Que conoce las obligaciones derivadas de la convocatoria, en particular las establecidas en el artículo 18 de la convocatoria.
- 12. 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 7.2.d) del Reglamento (CE) 1828/2006 de la Comisión, de 8 de diciembre de 2006 (DOUE L/45, de 15 de febrero de 2007).



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O YA PRESENTADA CON ANTERIORIDAD (en este último caso se presumirá que la consulta es autorizada)

- Anexo II (en el caso de progenitores solteros con hijo/a reconocido/a por el otro progenitor pero sin que exista convivencia entre padre y madre).
- Anexo III (certificación de la empresa).
- Documento de la Tesorería General de la Seguridad Social (IDC facilitado por la empresa) en el que se acredite la situación de reducción de jornada por guarda legal durante el período por el que se solicita la ayuda. En caso de pertenecer a sistemas de previsión social distintos al de la Seguridad Social (Muface, Isfas, Mugeju, etc.) certificación acreditativa equivalente.
- Certificado de vida laboral emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social relativo a la persona solicitante de la ayuda. En caso de pertenecer a sistemas de previsión social distintos al de la Seguridad Social (Muface, Isfas, Mugeju, etc.), certificación acreditativa equivalente.
- Certificado de vida laboral emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social relativo a la persona cónyuge o pareja, en su caso. De pertenecer a sistemas de previsión social distintos al da Seguridad Social (Muface, Isfas, Mugeju, etc.), certificación acreditativa equivalente.
- Certificación o resolución de reconocimiento del derecho del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o certificación acreditativa equivalente en el caso de otro sistema de previsión social (Muface, Isfas, Mugeju, etc.), relativa al disfrute del permiso de maternidad en las fechas comprendidas entre el 1 de junio de 2017 y el 30 de junio de 2018, ambos inclusive, de la persona solicitante o de la cónyuge o pareja, relativo a la hija o hijo por quien se solicita la ayuda, en su caso.
- Certificación de empadronamiento de todas las personas que viven en el domicilio (en el caso de familias monoparentales).

	ÓRGANO	CÓD. PROC.	AÑO
<input type="checkbox"/> Copia del libro de familia completo.			
<input type="checkbox"/> Copia de la sentencia de nulidad, separación o divorcio y del convenio regulador, en su caso.			
<input type="checkbox"/> Copia de la resolución judicial por la que se constituya la adopción, en los supuestos de adopción.			
<input type="checkbox"/> Copia de la resolución judicial de acogimiento familiar de los hijos e hijas menores de 12 años en dicha situación, en su caso.			
<input type="checkbox"/> Copia de la resolución administrativa de acogimiento familiar, de los hijos e hijas menores de 12 años en dicha situación, en su caso, cuando no fuese expedida por la Xunta de Galicia.			
<input type="checkbox"/> Copia de la resolución administrativa de reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33 % de los hijos o hijas menores de doce años en dicha situación, en su caso, cuando no fuese expedida por la Xunta de Galicia.			

COMPROBACIÓN DE DATOS

Los documentos relacionados serán objeto de consulta a las administraciones públicas. En caso de que las personas interesadas se opongan a esta consulta, deberán indicarlo en el cuadro correspondiente y aportar una copia de los documentos.	ME OPONGO A LA CONSULTA
<input type="checkbox"/> DNI o NIE de la persona solicitante.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento de la persona solicitante.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Declaración del IRPF de 2016.	<input type="checkbox"/>
MARQUE EL CUADRO CORRESPONDIENTE PARA SEÑALAR LAS CIRCUNSTANCIAS QUE LE SEAN DE APLICACIÓN	
<input type="checkbox"/> Resolución administrativa de acogimiento familiar respecto a los hijos o hijas menores de doce años en dicha situación, cuando fuese expedida por la Xunta de Galicia.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Resolución administrativa de reconocimiento del grado de discapacidad igual o superior al 33 % de los hijos o hijas menores de 12 años, cuando fuese expedida por la Xunta de Galicia.	<input type="checkbox"/>

De conformidad con Ley orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, los datos personales recogidos en la tramitación de este procedimiento, cuyo tratamiento y publicación autoricen a las personas interesadas mediante la presentación de las solicitudes, serán incluidos en un fichero denominado Relaciones administrativas con la ciudadanía y entidades con el objeto de gestionar el presente procedimiento, así como para informar a las personas interesadas sobre su tramitación. El órgano responsable de este fichero y la Secretaría General de la Igualdad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se podrán ejercer ante la Secretaría General de la Igualdad, mediante el envío de una comunicación a la siguiente dirección: Edificio Administrativo San Lázaro, s/n, 15781 Santiago de Compostela o a través de un correo electrónico a igualdade@xunta.gal

Asimismo, serán incluidos en el fichero denominado Gestión, seguimiento y control de proyectos y fondos europeos. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se podrán ejercer ante la Dirección General de Política Financiera, Tesoro y Fondos Europeos de la Consellería de Facenda a través del correo electrónico dirigido a dx.politica.financeira.tesouro.fondos.europeos.facenda@xunta.gal



LEGISLACIÓN APLICABLE

Resolución de __ de _____ de 2018, de la Secretaría General de la Igualdad, por la que se establecen las bases reguladoras que regirán las ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral, por reducción de la jornada de trabajo, como medida de fomento de la conciliación y la corresponsabilidad, cofinanciadas por el Fondo Social Europeo (FSE) con cargo al programa operativo FSE Galicia 2014-2020, y se convocan para el año 2018

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



DECLARACIÓN RESPONSABLE

(para cubrir sólo en el caso de personas progenitoras solteras con hijos/as reconocidas/as por la otra persona progenitora con la que no convive)

EXPEDIENTE

SI440A 2018/

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

DECLARA

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

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

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Lugar y fecha

, de de



CERTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

EXPEDIENTE
SI440A 2018/

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL NIF

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO BLOQUE PISO PUERTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA AYUNTAMIENTO LOCALIDAD

TELÉFONO FAX CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

CERTIFICA (es obligatorio cubrir todos los apartados del certificado)

1. Que la persona trabajadora con NIF nº estuvo dentro del periodo comprendido entre el 1 de junio de 2017 y el 30 de junio de 2018 en situación de REDUCCIÓN DE JORNADA PARA CUIDADO DE HIJO/A MENOR A CARGO EN EL/LOS SIGUIENTE/S PERÍODO/S:

1º Desde	<input type="text"/>	hasta	<input type="text"/>
2º Desde	<input type="text"/>	hasta	<input type="text"/>
3º Desde	<input type="text"/>	hasta	<input type="text"/>
4º Desde	<input type="text"/>	hasta	<input type="text"/>

Jornada ordinaria de su contrato de trabajo, ANTES de la reducción por cuidado de hijo/a:

Completa

Parcial % sobre la jornada completa establecida en convenio

Señálese el porcentaje que reduce sobre la jornada que realiza:

2. En la actualidad sigue en situación de reducción de jornada: SÍ NO

Se expide esta certificación por petición del/de la interesado/a a efectos de solicitar la ayuda de reducción de jornada prevista en la Resolución de __ de _____ de 2018, de la Secretaría General de la Igualdad, por la que se establecen las bases reguladoras que regirán las ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral, por reducción de jornada de trabajo, como medida de fomento de la conciliación y corresponsabilidad, cofinanciadas con el Fondo Social Europeo (FSE) con cargo al programa operativo FSE Galicia 2014-2020, y se convocan para el año 2018.

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

FIRMA DE LA PERSONA QUE CERTIFICA

Lugar y fecha , de de

SOLICITUD DE PAGO

EXPEDIENTE

SI440A 2018/

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

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	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"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

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

DECLARA

1. Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se adjuntan son ciertos.
2. No estar incurso/a en ninguna de las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario que establece el artículo 10.2 de la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia y en el artículo 9 del reglamento de subvenciones de Galicia, aprobado por el 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.
3. Que está al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social y no tiene pendiente de pago ninguna otra deuda con la Administración pública de la Comunidad Autónoma.
4. Que acepto la ayuda concedida por reducción de jornada de trabajo al amparo de la convocatoria del año 2018 y SOLICITA su pago:
Importe concedido según la Resolución de concesión
5. Que es conocedor de que estas ayudas están cofinanciadas en un 80 % por el Fondo Social Europeo FSE, programa operativo FSE Galicia 2014-2020.
6. Que en relación con otras ayudas concedidas o solicitadas:
 No ha solicitado ni se le ha concedido ninguna otra ayuda para este mismo proyecto o conceptos para los que se solicita esta subvención.
 Sí ha solicitado y/o se le han concedido otras ayudas para este mismo proyecto o conceptos para los que se solicita esta subvención, que son las que a continuación se relacionan:

ORGANISMOS	AÑO	IMPORTE (€)	DISPOSICIÓN REGULADORA
<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"/>

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA JUNTO CON LA SOLICITUD DE PAGO:

- Certificado de vida laboral emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social relativo a la persona solicitante.
- Certificado de vida laboral emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social relativo a la persona cónyuge o pareja (en su caso).
- IDC en el que se acredite la situación de reducción de jornada por guarda legal.
- Hoja de recogida de datos de indicadores de seguimiento del FSE 2014-2020.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de