



PROCEDIMIENTO <b>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</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>SI440A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUD</b>
--	---	-------------------------------

EXPEDIENTE

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  NIF

TIPO DE VÍA  NOMBRE DE LA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  PISO  PUERTA

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

TELÉFONO FIJO  TELÉFONO MÓVIL  CORREO ELECTRÓNICO

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

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  NIF

**DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN** (no es necesaria si coincide con la anterior)

TIPO DE VÍA  NOMBRE DE LA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  PISO  PUERTA

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

TELÉFONO FIJO  TELÉFONO MÓVIL  CORREO ELECTRÓNICO

**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)

**DATOS DEL/DE LA CÓNYUGE O PAREJA** (si es el caso)

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  NIF

**DATOS DE LOS/LAS HIJOS/AS POR LOS/LAS QUE SE SOLICITA LA AYUDA**

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

FAMILIA MONOPARENTAL  SÍ  NO



**LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA**

1. Que conozco que la obtención de ayuda comunitaria implica la aparición en la lista pública de personas beneficiarias, en las 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).
2. 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.
3. Que estoy de acuerdo con las actuaciones de control y supervisión de estas ayudas que lleven a cabo el Fondo Social Europeo, la unidad administrativa del FSE del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y del órgano concedente.
4. Que estoy al día en 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.
5. Que durante el período de la presente solicitud conviví con mi hijo/a por el/la que solicito la subvención.
6. Que el período de reducción de jornada para el que se solicita la ayuda no coincide con el permiso de maternidad ni con ningún otro permiso, licencia o excedencia para el mismo fin de la cónyuge o pareja.
7. 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 subvenciones:

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)

8. Que las fechas de disfrute del permiso por maternidad en 2014 de la solicitante o del cónyuge o pareja, relativo al/la hijo/a por los que se solicita la ayuda fue el siguiente: desde el día  hasta .

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O SE DECLARA ESTAR EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN  
(artículo 7.3)**

<input type="checkbox"/> Anexo II (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"/> Anexo III				
<input type="checkbox"/> Anexo IV				
<input type="checkbox"/> Documento de la Tesorería General de la Seguridad Social (IDC expedido por la empresa) en el que se acredite la situación de reducción de jornada por guardia legal. En el caso de pertenecer a sistemas de previsión distintos al de la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, etc.), certificación en la que se acredite la referida situación				
<input type="checkbox"/> Certificado de vida laboral emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social relativo a la persona solicitante				
<input type="checkbox"/> Certificación de empadronamiento en el que se acredite la fecha de empadronamiento de la persona solicitante dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia				
<input type="checkbox"/> En el caso de familias no monoparentales, certificación de 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 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"/> Copia del DNI o NIE, solo en el caso de no autorizar su consulta en el Sistema de verificación de datos de identidad				
	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTE.	AÑO
<input type="checkbox"/> Copia del libro de familia	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Copia 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, copia de la resolución judicial por la que se constituya la adopción	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> En el caso de acogimiento familiar, copia de la resolución administrativa o judicial de acogimiento	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Certificado en que se acredite el grado de discapacidad del/de la hijo/a por el/la que se solicita la ayuda	<input type="checkbox"/>			

Autorizo a la Secretaría General de la Igualdad, de conformidad con el artículo 35.f) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y el artículo 4 de la Orden de 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 consultar la documentación indicada anteriormente.

Asimismo, declaro que dicha documentación está vigente y que no trascurrieron más de cinco años desde la finalización del procedimiento a que corresponde.



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

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

Autorizo a la Secretaría General de la Igualdad a consultar los datos de discapacidad que obran en poder de la Administración Autonómica, de conformidad con el artículo 4 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, por el que se simplifica la documentación para la tramitación de los procedimientos administrativos y se fomenta la utilización de medios electrónicos.

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

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 le informa que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad de la Xunta de Galicia, cuya finalidad es la gestión y registro de este procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de Igualdad, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a [igualdade@xunta.es](mailto:igualdade@xunta.es)

#### LEGISLACIÓN APLICABLE

Resolución de \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_, de la Secretaría General de la Igualdad, 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 por el Fondo Social Europeo (FSE), y se procede a su convocatoria para el año 2015.

#### FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

,  de  de



**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

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

**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

DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD

RAZÓN SOCIAL

NIF

TIPO DE VÍA

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO

BLOQUE

PISO

PUERTA

CP

PROVINCIA

AYUNTAMIENTO

LOCALIDAD

TELÉFONO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

CERTIFICA

Que el/la trabajador/a

con NIF nº

estuvo dentro del período comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2014 en situación de REDUCCIÓN DE JORNADA PARA CUIDADO DE HIJO/A MENOR DE TRES AÑOS

Desde:

Hasta:

(rellenar obligatoriamente)

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

Señalar el porcentaje que reduce sobre la jornada que realiza:

Se expide esta certificación por petición del/de la interesado/a para los efectos de solicitar la ayuda de reducción de jornada prevista en la Resolución de \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ 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.

FIRMA DE LA PERSONA QUE CERTIFICA Y SELLO DE LA EMPRESA

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 O EQUIVALENTE (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 estatutario

Administración:

- 
- 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 de 12 meses

## DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD EN 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 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 y empresas	S
<input type="radio"/> Fabricación de vehículos de 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