



PROCEDIMIENTO AYUDA PERIÓDICA DE APOYO A MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA DE GÉNERO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO SI434A	DOCUMENTO SOLICITUD
---	---	-------------------------------

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF/NIE

FECHA NACIMIENTO NACIONALIDAD DISCAPACIDAD ≥33 %
 Sí No

ORGANISMO QUE EXPIDIÓ LA CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DE LA DISCAPACIDAD
 Xunta de Galicia Otros

EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DIRECCIÓN LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA AYUNTAMIENTO

TELÉFONO TELÉFONO MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO

RELACIÓN DE HIJAS E HIJOS MENORES Y/O MENORES EN ACOGIDA A CARGO

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	DISCAPACIDAD ≥33 %	ORGANISMO QUE EXPIDIÓ LA CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DE LA DISCAPACIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Xunta de Galicia <input type="radio"/> Otros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Xunta de Galicia <input type="radio"/> Otros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Xunta de Galicia <input type="radio"/> Otros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Xunta de Galicia <input type="radio"/> Otros

CENTRO DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN DE SU SOLICITUD (CIM, SERVICIOS SOCIALES, CENTRO DE ACOGIDA etc.)

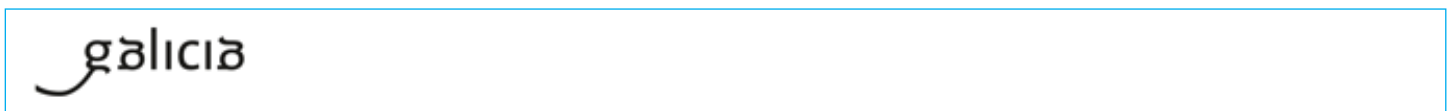
NOMBRE DEL CENTRO TELÉFONO DEL CENTRO

DATOS BANCARIOS

NOMBRE DE LA ENTIDAD NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA (20 DÍGITOS)

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, falseamiento de datos o cualquier otra actuación fraudulenta.
- Que conoce y acepta todas las obligaciones establecidas para las personas beneficiarias de estas ayudas en las bases reguladoras y en la Orden de convocatoria.
- Que da expresamente su consentimiento para que la Secretaría General de la Igualdad complete el expediente administrativo, y para realizar las comprobaciones oportunas que acrediten la veracidad de los datos o documentos aportados en el procedimiento administrativo y para obtener la información adicional que fuese necesaria para la adecuada estimación de los ingresos o recursos económicos.
- Que se encuentra al día de sus obligaciones tributarias y con la Seguridad Social y que no tiene 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.





Autorizo a la Secretaría General de la Igualdad, de conformidad con el artículo 2 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 los datos de identidad de la persona solicitante en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Sí No (en este caso aportar documentación)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informo 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.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (señalar la que corresponda)

- Acreditación de la condición de víctima de violencia de género
- Declaración responsable de rentas e ingresos mensuales (anexo II) y, en su caso, la documentación justificativa
- Declaración de ayudas (anexo III)
- Declaración responsable del cese de la convivencia (anexo IV)
- Copia cotejada de la acreditación de la discapacidad de la solicitante y/o de sus hijas/os menores o menores en acogida, a cargo de la solicitante, en los supuestos en que esta fuese expedida por una administración distinta a la Xunta de Galicia.
- Copia cotejada de la documentación acreditativa de hijas/os menores, y/o menores en acogida, a cargo de la solicitante
- Copia cotejada de la tarjeta de residencia o de la tarjeta de régimen comunitario, en su caso
- Otros (especificar)

LEGISLACIÓN APLICABLE

Orden de 2 de abril de 2013 por la que se regulan las bases para la concesión de las ayudas periódicas de apoyo a mujeres que sufren violencia de género y se procede a su convocatoria para el año 2013.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



ANEXO II

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS

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

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 LOS SIGUIENTES BIENES, DERECHOS Y/O RENDIMIENTOS

1) RENDIMIENTOS MENSUALES, ÍNTEGROS, DEL TRABAJO:

CUANTÍA MENSUAL

¹ Si no hubiese, indicar "NINGUNO"

2) RENDIMIENTOS DEL CAPITAL MOBILIARIO E INMOBILIARIO¹ (incluyendo los incrementos del patrimonio. Se exceptúa la vivienda habitual)

CONCEPTO	CUANTÍA
<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 ECONÓMICAS¹

CONCEPTO	CUANTÍA
<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 PRESTACIONAL¹ (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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹ Si no hubiese, indicar "NINGUNO"

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



ANEXO III
DECLARACIÓN DE AYUDAS

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

EN SU REPRESENTACIÓN

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

DECLARO

Haber solicitado y/o percibido las ayudas siguientes:

1	Descripción de la ayuda (prestación, subsidio etc.): <input type="text"/>
	Administración, organismo, ente o sociedad a la que se le solicitó: <input type="text"/>
	Fecha de solicitud: <input type="text"/> Fecha de concesión: <input type="text"/> Cuantía íntegra mensual: <input type="text"/>
	Período por el que se le concedió: desde: <input type="text"/> hasta: <input type="text"/>
2	Descripción de la ayuda (prestación, subsidio etc.): <input type="text"/>
	Administración, organismo, ente o sociedad a la que se le solicitó: <input type="text"/>
	Fecha de solicitud: <input type="text"/> Fecha de concesión: <input type="text"/> Cuantía íntegra mensual: <input type="text"/>
	Período por el que se le concedió: desde: <input type="text"/> hasta: <input type="text"/>
3	Descripción de la ayuda (prestación, subsidio etc.): <input type="text"/>
	Administración, organismo, ente o sociedad a la que se le solicitó: <input type="text"/>
	Fecha de solicitud: <input type="text"/> Fecha de concesión: <input type="text"/> Cuantía íntegra mensual: <input type="text"/>
	Período por el que se le concedió: desde: <input type="text"/> hasta: <input type="text"/>

No haber solicitado o percibido ninguna otra ayuda de las administraciones públicas o entidades públicas o privadas para la misma finalidad.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



XUNTA DE GALICIA

VICEPRESIDENCIA E CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA,
ADMINISTRACIÓNS PÚBLICAS E XUSTIZA
Secretaría Xeral da Igualdade

ANEXO IV

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE CESE DE LA CONVIVENCIA

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF/NIE

EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

Que he sido víctima de violencia de género en una relación de convivencia.

Que con fecha dejé de convivir con mi agresor.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

 , de de