



LE RECORDAMOS QUE PUEDE REALIZAR ESTA SOLICITUD DE FORMA MÁS SENCILLA POR INTERNET, EN LA DIRECCIÓN: <http://www.mecd.gob.es> LO QUE LE FACILITARÁ OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE TRAMITACIÓN DE SU AYUDA

1. ESTUDIOS

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2016/17 ZONA

A. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (ES SIEMPRE EL ALUMNO)

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE NIF/NIE DEL/DE LA SOLICITANTE SEXO (Marque con x lo que proceda)
 HOMBRE FECHA DE NACIMIENTO
 MUJER

PROFESIÓN DEL/DE LA SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA

¿ES EXTRANJERO/O? SÍ NO NACIONALIDAD CÓDIGO PAÍS

TELÉFONO FIJO (con prefijo) CORREO ELECTRÓNICO
 (Este dato es imprescindible para notificaciones, de acuerdo con las bases de la convocatoria)

B. DOMICILIO FAMILIAR (EN ESPAÑA)

TIPO DE VÍA (Ver instrucciones) NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO ESCALERA PISO LETRA

PROVINCIA MUNICIPIO

LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL

C. DATOS BANCARIOS: CUENTA O CARTILLA Y ENTIDAD donde desea percibir el importe de la ayuda:

IBAN ENTIDAD OFICINA DÍGITOS CONTROL CUENTA

*Si es la cuenta del/de la solicitante, éste/a deberá ser titular o cotitular de la cuenta. La cuenta deberá mantenerse hasta haber cobrado todas las cantidades.
 Si es la cuenta del centro educativo, por haber autorizado a éste a percibir el importe de la ayuda, deberá cumplimentar también las siguientes casillas con el CIF DEL COLEGIO O ENTIDAD TITULAR DE LA CUENTA*

D. DATOS ACADÉMICOS (A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO)

CENTRO EN EL QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2016/2017 CÓDIGO

DOMICILIO DEL CENTRO LOCALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2016/17: CURSO

E. INFANTIL E. PRIMARIA E.S.O. BACHILLERATO CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO

CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR ENS. ARTÍSTICAS PROFES. FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA

E. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

TIPO DE CENTRO: RÉGIMEN DEL CENTRO GRADO DE DISCAPACIDAD COLECTIVO

Nº de miembros computables

Ingresos extranjero Euros céntimos

DEDUCCIONES

Familia numerosa Número de hermanas/os

Número de afectadas/os discapacidad igual o superior al 33%

Solicitante con discapacidad motórica superior al 65%

Hermanas/os universitarias/os fuera del domicilio familiar Orfandad absoluta

F. TIPO DE AYUDAS. AYUDAS SOLICITADAS. A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO

A. ENSEÑANZA B. TRANSPORTE C. COMEDOR D. RESIDENCIA E. TRANSPORTE FIN DE SEMANA F. TRANSPORTE URBANO

G. MATERIAL 1 (1) H. MATERIAL 2 (2) REEDUCACIÓN: P. PEDAGÓGICA L. LENGUAJE S. PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELLECTUALES

(1) y (2) Deberá marcar con x
 El apartado G, para alumnado que curse E. Primaria, ESO, FPBás. o Progr. de Transición para la Vida Adulta y el apartado H, para alumnado que curse el resto de niveles.

AYUDAS PROPUESTAS. A CUMPLIMENTAR POR LA ADMÓN.:

SUBSIDIO 4 N. ADJUDICACIÓN: 2

A B C D E

F G H P L S

G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 31/12/ 2015 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F/NIE	APELLIDOS Y NOMBRE (EN CASO DE LOS HERMANOS DEL SOLICITANTE, DEBEN SER MENORES DE 25 AÑOS O MAYORES CON DISCAPACIDAD)	FECHA DE NACIMIENTO	DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE O HERMANOS (INDIQUE SI O NO)	ESTADO CIVIL (1)	CUSTODIA O GUARDA LEGAL (INDIQUE SI O NO)	CUSTODIA COMPARTIDA (INDIQUE SI O NO)	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (2)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SUSTENTADORA PRINCIPAL DE LA FAMILIA (3)
Solicitante	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	<input type="text"/>	XXXXXXX	<input type="checkbox"/>
Madre/Tutor	<input type="text"/>	XXXXXXX	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(1) En el caso de que el padre/tutor o madre/tutora del solicitante sea SEPARADO O DIVORCIADO, DEBERÁ CUMPLIMENTAR LAS DOS COLUMNAS SIGUIENTES SOBRE CUSTODIA O GUARDA LEGAL. EN CASOS DE CUSTODIA COMPARTIDA DEBERÁ INCLUIR ÚNICAMENTE A AMBOS PADRES DEL ESTUDIANTE QUE TENGAN LA CUSTODIA, LOS HIJOS COMUNES A AMBOS Y, EN SU CASO, ASCENDIENTES QUE CONVIVAN.
 (2) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVO; D) DESEMPLEADO; I) INVALIDEZ; J) JUBILADO; M) AMO DE CASA.
 (3) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL	
CIF DE LA INSITUCIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
<input type="text"/>

A FIRMAR POR TODOS LOS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA UNIDAD FAMILIAR

Los abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que el alumno es titular o cotitular de la cuenta corriente, que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad y autorizan a las Administraciones Educativas a obtener de otras Administraciones los datos de identificación, circunstancias personales, residencia, académicos, familiares, de renta y patrimonio, que resulten necesarios para la resolución de la solicitud.

Firmas:

Padre del/de la solicitante Madre del/de la solicitante Otros miembros:

H. SITUACIONES A EFECTOS DE DEDUCCIONES

MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFIQUE/LA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRIRÁN A 31 DE DICIEMBRE DE 2015.

CONDICIÓN DE FAMILIA NUMEROSA : GENERAL
 ESPECIAL

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD(*). GRADO DE DISCAPACIDAD igual o superior a 33%: N° afectados

SOLICITANTE CON DISCAPACIDAD MOTÓRICA SUPERIOR AL 65%

HERMANOS UNIVERSITARIOS DEL SOLICITANTE QUE ESTUDIAN FUERA DEL DOMICILIO FAMILIAR (Indique n°.....)

ORFANDAD ABSOLUTA DEL SOLICITANTE

(*) Referida al hermano/a del solicitante o al propio solicitante. Indique número de personas de la unidad familiar afectadas.

I. INFORMACIÓN ECONÓMICA

(A CUMPLIMENTAR POR TODOS LOS SOLICITANTES)

Durante el año 2015, ¿algún miembro de la unidad familiar fue autónomo o tuvo ingresos procedentes de alguna actividad económica desarrollada a través de cualquier entidad en la que el conjunto de los miembros de la unidad familiar tuviera una participación igual o superior al 50%? (Elija la opción que proceda)

SÍ NO

En caso afirmativo, cumplimente la siguiente información:
 N° de empresas/actividades de las que es titular o partícipe:

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE POSEE LA PARTICIPACIÓN	EMPRESA/ACTIVIDAD	CIF/NIF	PORCENTAJE EXACTO DE PARTICIPACIÓN	INGRESOS TOTALES ANUALES BRUTOS OBTENIDOS POR LA EMPRESA/ACTIVIDAD

- Durante el año 2015, ¿algún miembro de la unidad familiar ha obtenido rentas en el extranjero?

SÍ NO

En caso afirmativo, consigne a continuación la cantidad en la moneda que corresponda, según el país en el que se han percibido, y justifique documentalente:

DECLARACIÓN A CUMPLIMENTAR POR TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

D./D^a
padre, madre o tutor del solicitante y, en su caso, el resto de miembros de la unidad familiar, DECLARAN BAJO RESPONSABILIDAD SOLIDARIA:

- Que aceptan las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que quedan enteradas/os de que la inexactitud de las circunstancias declaradas dará lugar a la denegación o revocación de la ayuda, sin perjuicio de las responsabilidades en que pudieran incurrir legalmente.
- Que tienen conocimiento de la incompatibilidad de estas ayudas y que en caso de obtener otra beca o ayuda procedente de cualquier Administración o entidad pública o privada deberán comunicarlo a la Administración Educativa.
- Que manifiesta su consentimiento para recibir comunicaciones mediante correo electrónico, sms certificados (en el número de teléfono indicado en su solicitud) o ser notificado por comparecencia en Sede Electrónica del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Esto último significa que debe acceder regularmente a dicha Sede Electrónica para comprobar si ha recibido alguna notificación.
- Que desea recibir el importe de la beca (elija una de las dos opciones):
 - A través de la cuenta corriente indicada en la solicitud de beca, de la que el alumno beneficiario es titular o cotitular
 - A través del centro educativo.

Firma del padre, madre o tutor a de de 2016
 Firma del solicitante Otros miembros de la unidad familiar

NOTA: PARA CONSERVAR UN RESGUARDO DE SU SOLICITUD, FOTOCOPIE TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD Y HAGA QUE LE SELLEN EN EL CENTRO EDUCATIVO LA COPIA, CON INDICACIÓN DE LA FECHA EN QUE SE HA PRESENTADO. SIN ESTA COPIA SELLADA, USTED NO TENDRÁ UN COMPROBANTE VÁLIDO DE HABER SOLICITADO LA AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO.

PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE TRAMITACIÓN DE SU SOLICITUD, DEBE DARSE DE ALTA EN SEDE ELECTRÓNICA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE, EN LA DIRECCIÓN DE INTERNET: <https://sede.educacion.gob.es/portada.html> ACCEDER POR "TRÁMITES Y SERVICIOS" Y PONER LOS DIEZ ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE CUENTA QUE INDICÓ EN ESTA SOLICITUD CUANDO LE SEAN REQUERIDOS POR LA APLICACIÓN.

CENTRO DE ESTUDIOS:

FECHA DE PRESENTACIÓN:

SELLO:

**AUTORIZACIÓN AL CENTRO
SOLICITUD DE AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO
CURSO 2016 - 2017**

A CUMPLIMENTAR SÓLO EN EL CASO DE AUTORIZAR AL CENTRO A PERCIBIR LA AYUDA

D., padre, madre o tutor del solicitante, autoriza al director del centro , en el que se encuentra matriculado el solicitante de ayuda para que, en caso de ser beneficiario de la misma, perciba su importe a través de la cuenta corriente de dicho centro.

(FIRMA)

(Para acreditar el cumplimiento del requisito establecido en el artículo 2.3)

A) A CUMPLIMENTAR POR EL SECRETARIO O DIRECTOR DEL CENTRO ESPECÍFICO, ORDINARIO CON UU.EE. O QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:

D.....

Secretario/Director del centro docente

Código

TIPO DE CENTRO:

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS ESPECÍFICO ORDINARIO CON UU.EE.
CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

CERTIFICO que el alumno al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este centro para el curso académico 2016/17. Asimismo, y por la presente certificación, me comprometo a, en caso de que no llegara a ocupar plaza o causara baja durante el curso, comunicar esta circunstancia en el plazo máximo de un mes al órgano gestor correspondiente para que, si procediese, fuera revocada dicha ayuda.

....., a dede 2016

Firmado:

.....

Sello

C) A CUMPLIMENTAR POR EL INSPECTOR DE LA ZONA PARA SOLICITUDES DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE (Artº. 7.6 b) 1º

D.

CERTIFICA:

Que el/la alumno

- 1º.- Necesita recibir reeducación pedagógica o del lenguaje por la inexistencia o insuficiencia de la atención pedagógica en el centro en que está escolarizado, de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 7.6.b) de la convocatoria de estas ayudas
- 2º.- Resulta inviable la matriculación del alumno en un centro que disponga del servicio de reeducación requerido.

Lo que firmo como justificación de la ayuda solicitada en, a dede 2016

Firmado:

Sello

D) A CUMPLIMENTAR POR EL REEDUCADOR, GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y DEL LENGUAJE O EL PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

Arts. 7.6 b) 3º y 4º y 8.2 b) 2º

DATOS DEL PROFESIONAL QUE PRESTA EL SERVICIO

D.

CON Nº DE COLEGIADO NIF

PROFESIÓN/ESPECIALIDAD

(EN SU CASO): CENTRO EN EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO:

CIF

CERTIFICA:

Que el alumno:

Recibirá los siguientes tratamientos:

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA - CUANTÍA MENSUAL

- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE - CUANTÍA MENSUAL

-Asistirá al PROGRAMA ESPECIFICO ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES: - CUANTÍA MENSUAL

En el supuesto de no prestar el servicio solicitado, se pondrá en conocimiento de la Unidad de Becas provincial.

MEMORIA

- Describir detalladamente EL SERVICIO o ASISTENCIA que se van a prestar en relación con las necesidades del alumno (contenido, objetivos, características, actividades, recursos, agrupaciones..., seguimiento etc.). Detállese la cualificación profesional o ESPECIALISTA que imparte este servicio o programa.

- Indique el número de HORAS SEMANALES Y la DURACIÓN PREVISIBLE DEL SERVICIO o PROGRAMA

....., a dede 2016

Firmado:

DECLARACIÓN RESPONSABLE

(SÓLO PARA SUPUESTOS DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y/O DEL LENGUAJE):

Asimismo, DECLARO: Que reúno los requisitos de formación a los que se hace referencia en el artículo 7.6.b) 4º de la convocatoria de estas ayudas.

....., a dede 2016

Firmado:

