MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, CULTURA
Y DEPORTE

SOLICITUD DE AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

CURSO 2014-2015

FASE ☐

1. ESTUDIOS

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2014/15 ..... **ZONA**

A. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO **SEGUNDO APELLIDO**

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

PROFESIÓN DEL/DE LA SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA CÓDIGO (Ver instrucciones)

¿ES EXTRANJERA/O? SÍ ☐ NO ☐ NACIONALIDAD CÓDIGO PAÍS

TELÉFONO FIJO (con prefijo) **CORREO ELECTRÓNICO**

TELÉFONO MÓVIL

(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.

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 2014/2015 CÓDIGO

DOMICILIO DEL CENTRO LOCALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2014/15: **CURSO** ☐

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

CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR ☐☐ ENS. ARTÍSTICAS PROFES. ☐☐ P.C.P.I/ 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 ☐ PROGRAMA ESPECÍFICO S. PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES ☐

(1) y (2) Deberá marcar con x

El apartado G, para alumnado que curse E. Primaria, ESO, PCPI/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/ 2013 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRAN-JERA/O? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	DISCAPACIDAD (INDIQUE SI O NO)	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (1)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (2)
Solicitante	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐
Padre/Tutor.....	.....		.....	.....	XXXXXXXX	.....	.....	.....	.....	☐
Madre/Tutor	.....		.....	.....	XXXXXXXX	.....	.....	.....	.....	☐
.....	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐
.....	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐
.....	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐
.....	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐
.....	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐
.....	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐
.....	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐
.....	.....		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐

(1) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVA/O; D) DESEMPLEADA/O; I) INVALIDEZ; J) JUBILADA/O; M) AMA/O DE CASA.
(2) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

☐ **CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL**

CIF DE LA INSITUCIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
☐☐☐☐☐☐☐☐☐	.....

A FIRMAR POR TODAS/OS LAS/OS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA

Las/os abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad, autorizando a las Administraciones Educativas para obtener los datos necesarios para determinar la renta y patrimonio familiares a efectos de la ayuda a través de las Administraciones Tributarias y de la Dirección General del Catastro.

Firmas:

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

CERTIFICACIONES

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

D./Dª.....
Secretario-a/Director-a 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/la alumno/a al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este centro para el curso académico 2014/15. 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 ..... de .....de 2014

Firmado:

.....

Sello

B) **ACREDITACIÓN DE LA NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO (A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS)**

D./Dª: .....

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a

.....

está escolarizado/a en el centro

.....

Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:

DISCAPACIDAD ☐ TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA ☐ T.D.A.H. DERIVADO DE DISCAPACIDAD O TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA ☐ ALTA CAPACIDAD ☐

ESCOLARIZACIÓN MÁS TEMPRANA (MENORES DE DOS AÑOS) ☐

PARA PROPUESTAS DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE o de AYUDA PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

Asimismo **certifico, como justificación de la ayuda solicitada** que el alumno tiene necesidad de recibir:

REEDUCACIÓN { PEDAGÓGICA ☐ / LENGUAJE ☐

ASISTENCIA A PROGRAMAS ESPECIFICOS PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES ☐

DURACIÓN PREVISIBLE DE LA ASISTENCIA o DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO .....

En ....., a ..... de .....de 2014

Firmado: .....

Sello

C) A CUMPLIMENTAR POR EL INSPECTOR DE LA ZONA O DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN DEPENDIENTE DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS <u>PARA SOLICITUDES DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE</u>

D./Dª: .....

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a .....

1º.- Necesita recibir reeducación pedagógica o del lenguaje por la inexistencia o insuficiencia de la atención pedagógica en el centro en que está escolarizado.

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 ..... de .....de 2014

Firmado: .....

Sello

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

D./Dª: .....

Con Nº DE COLEGIADO ..... Y NIF .....

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a: .....

Está recibiendo los siguientes tratamientos:

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA ☐ - CUANTÍA MENSUAL .....
- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE ☐ - CUANTÍA MENSUAL .....

-Asiste al PROGRAMA ESPECIFICO A. CON ALTAS CPACIDADES: ☐ - CUANTÍA MENSUAL .....

DURACIÓN DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO o DE LA ASISTENCIA .....

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

....., a ..... de .....de 2014

Firmado: .....

H. SITUACIONES DECLARADAS POR EL/LA SOLICITANTE

MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFÍQUELA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRÍAN A 31 DE DICIEMBRE DE 2013.

☐ CONDICIÓN DE FAMILIA NUMEROSA : GENERAL ☐
ESPECIAL ☐

☐ CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD(*). GRADO DE DISCAPACIDAD igual o superior a 33% : Nº afectadas/os .....

☐ SOLICITANTE CON DISCAPACIDAD MOTÓRICA SUPERIOR AL 65%

☐ HERMANAS/OS UNIVERSITARIAS/OS DEL/DE LA SOLICITANTE ESTUDIANTES FUERA DEL DOMICILIO FAMILIAR (Indique número) .....

☐ ORFANDAD ABSOLUTA DEL/DE LA SOLICITANTE

(*) Referida al hermano/a o el/la propio/a solicitante. Indique número de personas de la familia afectadas

A CUMPLIMENTAR POR TODAS/OS LAS/OS SOLICITANTES

D./Dª ..... padre, madre o tutor/a del/de la solicitante 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.**
- **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, durante el año 2013, algún miembro de la unidad familiar SI ☐ NO ☐ ha sido autónomo o propietario de empresa/actividad, de la que es titular o partícipe en porcentaje igual o superior al 50%.**

En caso afirmativo, cumplimente la siguiente información:
Nº de empresas/actividades de las que es titular o partícipe: ……

EMPRESA/ACTIVIDAD	CIF/NIF	PORCENTAJE EXACTO DE PARTICIPACIÓN	INGRESOS ANUALES BRUTOS OBTENIDOS POR LA EMPRESA/ACTIVIDAD

- **Que SÍ ☐ NO ☐ obtienen rentas en el extranjero**
(Indique con una X lo que proceda)

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

....., a ..... de ..... de 2014

Firma del padre, madre o tutor/a **Firma del/de la solicitante** **Otros miembros**

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

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

(FIRMA)

.....✂

RESGUARDO DE PRESENTACIÓN SOLICITUD DE AYUDAS PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO.

CURSO 2014- 2015

NOMBRE Y APELLIDOS ..... N.I.F. .....

DOMICILIO .....

CENTRO DE ESTUDIOS .....

ESTUDIOS QUE REALIZA .....

ESTE RESGUARDO NO ES VÁLIDO **SIN EL SELLO Y FECHA** DE LA OFICINA RECEPTORA