



ANEXO I:

SOLICITUD PARTICIPACION PROGRAMA MUNICIPAL DE EMERGENCIA PARA LA INTEGRACIÓN LABORAL DE FAMILIAS VULNERABLES EN SITUACIÓN DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL COMO CONSECUENCIA DE LOS EFECTOS ADVERSOS DEL ESTADO DE ALARMA PROVOCADO POR EL COVID-19

| 1. DATOS PERSONALES | | | |
|---------------------|------------|----------------|-----------|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | D.N.I.: | |
| DOMICILIO: | | | |
| LOCALIDAD: | PROVINCIA: | CÓDIGO POSTAL: | TELÉFONO: |
| EMAIL: | | | |

| EXPONE: |
|--|
| <p>Que cumpliendo los requisitos exigidos en las bases de la convocatoria del Programa Municipal de Emergencia para la Integración Social de familias vulnerables en situación de riesgo de exclusión social como consecuencia de los efectos adversos del estado de alarma provocado por el COVID-19</p> <p>AUTORIZO a este Ayuntamiento a este Ayuntamiento a verificar las circunstancias referidas a mi inscripción y la de los miembros que conforman mi unidad familiar en el Padrón Municipal de Habitantes, y la emisión del correspondiente Certificado de Empadronamiento, así como de la información obrante en el Ayuntamiento</p> <p>Formulo DECLARACIÓN RESPONSABLE sobre los siguientes datos referidos a mi unidad familiar y los económicos de la misma, según se detallan a continuación:</p> <p>Datos de la situación familiar</p> <p>Nº de miembros de la unidad familiar (INCLUIDO/A SOLICITANTE): _____</p> <p>Nº de menores de 16 años de la unidad familiar: _____</p> <p>Se trata de una familia monoparental: _____</p> |



Nº de personas en situación de desempleo: _____

Nº de miembros cursando Estudios universitarios o Grado superior: _____

Nº de miembros cursando Estudios de Ciclo Formativo Grado Medio o Bachiller _____

¿Algún miembro de la unidad familiar tiene reconocimiento de la situación de dependencia o de grado de discapacidad igual o superior al 33%? ¿Cuántos?

¿Es la persona solicitante víctima de violencia de género?

Si No

¿Necesita la persona solicitante menos de 12 días de cotización para acceder a alguna prestación?

Si No

Datos económicos: Ingresos económicos de los meses mayo a octubre 2020 de todos los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años.

| Perceptor/a del ingreso | Cuantía mensual | Procedencia |
|-------------------------|-----------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Renta per cápita de la unidad familiar: _____ €
(Divida los ingresos entre el número total de miembros de la unidad familiar)

Situación de la vivienda:

Valor de la hipoteca: _____ €



SOLICITA:

Sea tenida en cuenta la presente solicitud en el proceso de contratación que, con cargo a este Programa, realice esta Entidad Local.

En Castillo de Locubín, a.....de..... 2020

Fdo:

AL SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CASTILLO DE LOCUBIN



DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

| | |
|--|--|
| | Fotocopia DNI miembros de la unidad familiar mayores 14 años |
| | Fotocopia libro de Familia |
| | Certificado de empadronamiento colectivo histórico (Lo aporta Ayuntamiento) |
| | Certificado SAE demandantes |
| | Certificado INEM de cada miembro mayor de 16 años de percepción o no alguna prestación |
| | Informe de vida laboral de todos los miembros mayores de 16 años |
| | Fotocopia del resguardo de matrícula o cualquier documentación que acredite la situación del estudiante para mayores de 16 años |
| | Fotocopia de la última subvención de la aceituna y certificado de la liquidación en su caso. |
| | Justificación de los ingresos económicos de los últimos 6 meses anteriores a la fecha de solicitud y que serán coincidentes con el informe de vida laboral. |
| | Fotocopia de discapacidad de cada miembro de la unidad familiar en su caso |
| | En caso de violencia de género, orden de protección y alejamiento o documento que acredite |
| | Fotocopia del contrato de alquiler o último recibo de la hipoteca. |
| | Fotocopia de la denuncia de reclamación de la pensión de alimentos de los hijos (en su caso). |
| | Convenio regulador en caso de divorcio. |
| | Declaración responsable de cumplir en criterio nº 9 del apartado situación familiar, (personas que acrediten necesitar menos de 12 días de cotización para acceder a alguna prestación), el cual deberá demostrarse con posterioridad, presentando la documentación que acredite que se cumplía dicho requisito. |
| | Otros: |