



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 2017/18 ZONA

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

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

NIF/NIE DEL/DE LA SOLICITANTE

(Acompañe fotocopia)

SEXO (Marque con x lo que proceda

HOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

MUJER

PROFESIÓN DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL DE LA FAMILIA

¿ES EXTRANJERA/O? SÍ NO NACIONALIDADCÓDIGO 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 solicitante, este deberá ser titular o cotitular de la cuenta. La cuenta deberá mantenerse abierta hasta haber cobrado todas las cantidades.

Si es la cuenta del centro educativo, por haber autorizado a este 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 2017/2018

CÓDIGO

DOMICILIO DEL CENTRO

LOCALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2017/18:

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

DEDUCCIONES

Familia numerosa Número de hermanas/os Número de afectadas/os discapacidad igual o superior al 33 % Solicitante con discapacidad motórica superior al 65% Hermanos universitarios fuera del domicilio familiar Orfandad absoluta

Ingresos extranjero

Euros

céntimos

F. TIPO DE AYUDAS. AYUDAS SOLICITADAS. A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVOA. 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 PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

(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 N. ADJUDICACIÓN: A B C D E F G H P L S

G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 31/12/ 2016 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO/O? (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	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (3)
Solicitante	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	<input type="text"/>	XXXXXXX	<input type="checkbox"/>
Madre/Tutora	<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"/>

- (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 INSITUACIÓN	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 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 solicitante Madre del solicitante Otros miembros:

H. SITUACIONES A EFECTOS DE DEDUCCIONES

MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFIQUELA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRIRÁN A 31 DE DICIEMBRE DE 2016.

CONDICIÓN DE FAMILIA NUMEROSA : GENERAL
 ESPECIAL

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD(*). GRADO DE DISCAPACIDAD igual o superior a 33%: Nº afectados

SOLICITANTE CON DISCAPACIDAD MOTÓRICA SUPERIOR AL 65%

HERMANOS UNIVERSITARIOS DEL SOLICITANTE QUE ESTUDIAN FUERA DEL DOMICILIO FAMILIAR (Indique nº.....)

ORFANDAD ABSOLUTA DEL SOLICITANTE

(*) Referida al hermano/a del solicitante o al propio solicitante (no a los padres). Indique número de personas de la unidad familiar afectadas.

I. INFORMACIÓN ECONÓMICA

I.A) A CUMPLIMENTAR POR TODOS LOS SOLICITANTES

Durante el año 2016, ¿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:

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 2016, ¿algún miembro de la unidad familiar ha obtenido rentas en el extranjero?

SÍ NO

En caso afirmativo, consigne a continuación el miembro de la unidad familiar que las obtuvo, la cantidad en la moneda que corresponda, según el país en el que se han percibido. Deberá justificarlo documentalmente.

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE OBTUVO INGRESOS EN EL EXTRANJERO	NIF/NIE	PAÍS	MONEDA	INGRESOS TOTALES BRUTOS DURANTE 2016

I.B) A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE POR LOS SOLICITANTES PARA QUIENES SE DEN CONJUNTAMENTE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

1º NO HABER PRESENTADO DECLARACIÓN DE IRPF CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2016

2º CON DOMICILIO FISCAL EN LA C. F. DE NAVARRA O DEL PAÍS VASCO DURANTE ESE EJERCICIO DE 2016

3º HABER OBTENIDO INGRESOS, INCREMENTOS PATRIMONIALES O POSEER INMUEBLES FUERA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE ESTÉ DOMICILIADO EN 2016

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR. INDIQUE NOMBRE Y APELLIDOS	NIF/NIE	INGRESOS OBTENIDOS EN COMUNIDAD AUTÓNOMA DISTINTA DE AQUELLA EN LA QUE ESTÁ DOMICILIADO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL IMPORTE	INCREMENTO PATRIMONIAL OBTENIDO EN COMUNIDAD AUTÓNOMA DISTINTA DE AQUELLA EN LA QUE ESTÁ DOMICILIADO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL IMPORTE	PROPIEDADES INMOBILIARIAS SITUADAS EN COMUNIDAD AUTÓNOMA DISTINTA DE AQUELLA EN LA QUE ESTÁ DOMICILIADO. INDIQUE SU VALOR CATASTRAL

I.C) A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE POR LOS SOLICITANTES PARA QUIENES SE DEN CONJUNTAMENTE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

1º NO HABER PRESENTADO DECLARACIÓN DE IRPF CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2016

2º CON DOMICILIO FISCAL EN CUALQUIER COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA DISTINTAS A LA C. F. DE NAVARRA O DEL PAÍS VASCO DURANTE ESE EJERCICIO DE 2016

3º HABER OBTENIDO INGRESOS, INCREMENTOS PATRIMONIALES O INMUEBLES EN LA C.F. DE NAVARRA O EN EL PAÍS VASCO EN 2016

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR. INDIQUE NOMBRE Y APELLIDOS	NIF/NIE	INGRESOS OBTENIDOS EN NAVARRA O PAÍS VASCO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL IMPORTE	INCREMENTO PATRIMONIAL OBTENIDO EN NAVARRA O PAÍS VASCO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL IMPORTE	PROPIEDADES INMOBILIARIAS EN NAVARRA O PAÍS VASCO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL VALOR CATASTRAL

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 enterados 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 2017
 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.

SI CUMPLIMENTA ESTA SOLICITUD EN PAPEL Y QUIERE OBTENER INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO DE TRAMITACIÓN, 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> Y ACCEDER POR "MIS TRÁMITES".

CENTRO DE ESTUDIOS:

FECHA DE PRESENTACIÓN:

SELLO:

**AUTORIZACIÓN AL CENTRO
SOLICITUD DE AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO
CURSO 2017 - 2018**

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)

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 2017/18. 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 2017

Firmado:

.....

Sello

(A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS)

D.

CERTIFICA:

Que el alumno

está escolarizado en el centro

Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:

DISCAPACIDAD

TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA

T.D.A.H.

ALTA

(De conformidad con lo dispuesto en el Art. 1 a) de la convocatoria)

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 (DEBERÁN CUMPLIMENTAR LOS SIGUIENTES CERTIFICADO E INFORME ESPECÍFICO para acreditar los requisitos establecidos en los artículos 7.6 b) 2º y 8.2.b) 1º)

CERTIFICADO

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

REEDUCACIÓN { PEDAGÓGICA
LENGUAJE

ASISTENCIA A PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

INFORME ESPECÍFICO

DESCRIBA DETALLADAMENTE LA ASISTENCIA o SERVICIO QUE SE CONSIDERAN NECESARIOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 7.6 Y 8.2 DE LA CONVOCATORIA, ASÍ COMO LAS CARACTERÍSTICAS O CONDICIONES que debe reunir para garantizar las necesidades que presenta el alumno (contenido, actividades, recursos, objetivos a conseguir, seguimiento, etc.) .

- INDIQUE EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES QUE SE CONSIDERAN NECESARIAS PARA LA CORRECCIÓN Y LA DURACIÓN TOTAL PREVISIBLE DE LA ASISTENCIA O SERVICIO NECESARIOS
- INDIQUE, EN SU CASO, EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES QUE EL CENTRO PRESTA PARA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y/O DEL LENGUAJE

En, a dede 2017

Firmado:

Sello

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 2017

Firmado:

Sello

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 2017

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 2017

Firmado: