

**SOLICITUD**

Identificador de Código de Barras

Espacio para validación mecánica

Identificador de Registro

Número de Expediente

**I. Ayudas que solicita**

Descripción de la ayuda	Cuantía

**II. Datos del beneficiario**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
NIF/ NIE	Estado Civil	Sexo		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Localidad de nacimiento		Provincia de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)			Localidad		
Provincia		Código postal	Teléfono		Correo electrónico

**III. Datos del Representante legal** en caso de que el interesado esté incapacitado legalmente, guardador de hecho, o quien ejerza la patria potestad en el caso de menores

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
NIF / NIE	Relación con el solicitante				
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)					Código postal
Localidad		Provincia		País	
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico	

**IV. Domicilio a efectos de notificaciones**

Nombre y Apellidos					
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)					Código postal
Localidad			Provincia		País
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico	

### V. Situación personal y asistencial

¿Es huérfano absoluto –padre y madre-? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es huérfano de padre o madre? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Carece de otros familiares que le presten atención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Asiste a un Centro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la anterior respuesta es afirmativa, indique su nombre y dirección
¿Está atendido en un Centro como residente?	Si la anterior respuesta es afirmativa, indique su nombre y dirección
¿Está incapacitado por sentencia judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### VI. Datos de la discapacidad

¿Ha sido reconocido con grado de discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si esta última respuesta es afirmativa, indique Grado..... Fecha reconocimiento..... Provincia .....
¿Ha sido reconocido persona en situación de dependencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, indique: Grado..... Fecha reconocimiento..... Provincia .....

### VII. Datos económicos

#### VII.1 Ingresos o rentas propias

¿Tiene ingresos o rentas propias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
Indique recursos económicos de trabajo, prestaciones, pensiones u otros ingresos.												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Concepto</th> <th>Cuantía anual bruta</th> <th>Empresa, organismo, persona</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Concepto	Cuantía anual bruta	Empresa, organismo, persona									
Concepto	Cuantía anual bruta	Empresa, organismo, persona										

#### VII.2 Otras ayudas solicitadas o percibidas

¿Ha percibido, percibe o ha solicitado ayudas para la misma finalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
Si la anterior respuesta es afirmativa, indique otras ayudas solicitadas o percibidas												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Concepto</th> <th>Cuantía anual bruta</th> <th>Empresa, organismo, persona</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Concepto	Cuantía anual bruta	Empresa, organismo, persona									
Concepto	Cuantía anual bruta	Empresa, organismo, persona										

### VIII. Datos de la unidad económica de convivencia

Nombre de las personas integrantes de la unidad familiar	Fecha nacimiento	DNI / NIE	Parentesco con el solicitante	Ingresos anuales	Procedencia de los ingresos

Si alguno de los integrantes de la unidad familiar tiene reconocido Grado de Discapacidad o de Dependencia, indique los siguientes datos:

Nombre	Apellido primero	Apellido segundo	DNI / NIE	Discapacidad	Dependencia
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique cualquier circunstancia que le parezca importante resaltar.

### IX. Declaración

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud y los documentos que se acompañan son ciertos, y autorizo al órgano gestor para recabar los certificados a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria y por la Dirección General de Tributos de la Diputación General de Aragón, a efectos de acreditar el cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, y que como Solicitante/Representante no me encuentro incurso en ninguno de los supuestos del artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

### X. Protección de datos

En aplicación de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, quedo informado de que los datos personales recabados serán incorporados al fichero de **GESTIÓN DE AYUDAS DE CARÁCTER INDIVIDUAL**, regulado por Decreto 147/2014, de 23 de septiembre, del Gobierno de Aragón, y cuya finalidad es la gestión de dichas prestaciones. El responsable de este fichero es la Secretaría General del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, ante quien podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

En ....., a .... de ..... de 20....  
(firma)

SR/SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD:**

- Fotocopia compulsada del DNI/NIE del solicitante o tarjeta de residencia del solicitante y del representante legal debidamente acreditado, en su caso. En el supuesto de menores de 14 años sin DNI deberán aportar certificación literal de nacimiento.
- Certificado de empadronamiento familiar (Incluyendo al beneficiario) en el que conste el tiempo de residencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Certificado del organismo público competente que acredite el grado de discapacidad o grado de dependencia del solicitante de la ayuda, cuando haya sido emitido por otra CC.AA distinta a la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Fotocopia de la sentencia judicial de incapacitación del beneficiario.
- Fotocopia de la declaración de la renta de todos los miembros de la unidad de convivencia mayores de edad, o en el caso de no estar obligado a ello documentación acreditativa de ingresos del solicitante, cónyuge y familiares comprendidos hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad que convivan en el mismo domicilio del solicitante, mediante nominas de los tres últimos meses, certificado de haberes de la empresa por igual periodo, prestaciones económicas por situación de dependencia, pensiones otorgadas por organismos públicos o entidades privadas, estimación de los rendimientos de capital, actividades empresariales, profesionales o artísticas, etc.
- Presupuesto que justifique el coste de la actividad a realizar.
- Anexo I (Presupuesto de Transporte, en su caso)
- Ficha de Terceros. La Solicitud y Ficha de Terceros deberán ir firmadas por la misma persona, ya sea el beneficiario-solicitante o su representante legal.