Imprimir | Restablecer | Salir

ANVERSO ANEXO

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE JUSTICIA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

SOLICITUD

AYUDAS DE ACCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA
AYUDAS DE ACTIVIDAD CONTINUADA

MODALIDAD DE AYUDA (señalar con una "x"): **EJERCICIO:** .....

☐ MÉDICA, PROTÉSICA Y ODONTOLÓGICA ☐ DISMINUIDOS ☐ DEFUNCIÓN ☐ SEPELIO
☐ PRÉSTAMOS PARA NECESIDADES URGENTES ☐ INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE ☐ EXCEPCIONAL

Deberá presentarse una solicitud por cada modalidad de ayuda.

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIF		SEXO
DOMICILIO	Nº	ESC.	Nº PISO	PUERTA
LOCALIDAD		PROVINCIA		CÓD. POSTAL
TELÉFONO DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO		
CONSEJERÍA U ORGANISMO AUTÓNOMO		CENTRO DE TRABAJO		PROVINCIA CENTRO DE TRABAJO
GRUPO O CATEGORÍA PROFESIONAL		RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL		

CATEGORÍA DE PERSONAL / RELACIÓN FAMILIAR

☐ FUNCIONARIO ☐ EVENTUAL ☐ INTERINO ☐ ESTATUTARIO ☐ LABORAL FIJO ☐ TEMPORAL
☐ VIUDO/A ☐ HUÉRFANO/A. En este caso, el/la solicitante actúa: ☐ en nombre propio ☐ como progenitor o representante legal

2 AYUDA MÉDICA, PROTÉSICA Y ODONTOLÓGICA

2.1.- HIJOS/AS MENORES DE 25 AÑOS (indicar sólo los hijos/as por los que solicita la ayuda)

Nº de Hijo/a	Apellidos y Nombre	Fecha Nacimiento	DNI otro Progenitor
1º	.....	../../..	.....
2º	.....	../../..	.....
3º	.....	../../..	.....
4º	.....	../../..	.....

2.2.- SUBMODALIDAD QUE SE SOLICITA (indicar el nº del hijo/a por el que se solicita la ayuda)
Si la ayuda la solicita el personal de esta Administración para sí mismo, no cumplimentará el apartado "Nº del hijo/a"

Nº del Hijo/a	Nº de Piezas o Prótesis	Tipo de Prótesis	Reservado Administración	Importe del Gasto	Reservado Administración
.....	.....	.....	.....	..... €	.....
.....	.....	.....	.....	..... €	.....
.....	.....	.....	.....	..... €	.....
.....	.....	.....	.....	..... €	.....
.....	.....	.....	.....	..... €	.....
.....	.....	.....	.....	..... €	.....

3 AYUDA PARA ATENCIÓN A PERSONAS DISMINUIDAS

Apellidos y Nombre del/de la beneficiario/a	Relación Familiar con el/la solicitante	Grado de Minusvalía	Importe del Gasto	Reservado Administración
.....	.....	.....	..... €	.....
.....	.....	.....	..... €	.....

4 AYUDA POR DEFUNCIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA CAUSANTE	DNI/NIF	RELACIÓN FAMILIAR CON EL/LA SOLICITANTE
CONSEJERÍA U ORGANISMO AUTÓNOMO	CENTRO DE TRABAJO	PROVINCIA CENTRO DE TRABAJO

CATEGORÍA DE PERSONAL

☐ FUNCIONARIO ☐ EVENTUAL ☐ INTERINO ☐ ESTATUTARIO ☐ LABORAL FIJO ☐ TEMPORAL

5 AYUDA POR SEPELIO

Apellidos y Nombre del/de la causante	Relación Familiar con el/la solicitante	Importe del Gasto	Reservado Administración
.....	.....	..... €	.....

000825/1

6 PRÉSTAMOS SIN INTERESES PARA NECESIDADES URGENTES

MOTIVOS DE LA NECESIDAD (señalar con una "x")

- ☐ Enfermedad o intervención quirúrgica grave de algún miembro de la unidad familiar del/de la solicitante.
- ☐ El matrimonio del/de la solicitante o de sus hijos.
- ☐ El nacimiento de hijos del/de la solicitante, así como la adopción o acogimiento legal por parte de aquél/la.
- ☐ La amortización de créditos bancarios que merezcan la consideración de urgentes.
- ☐ La realización de obras necesarias e imprescindibles para la conservación de la vivienda habitual.
- ☐ El traslado de domicilio. ☐ La adquisición de vehículo.
- ☐ Otra circunstancias de análoga naturaleza que merezcan dicha calificación. Especificar: .....

Nº DE PLAZOS	IMPORTE SOLICITADO	FECHA EN LA QUE SURGE LA NECESIDAD	RESERVADO PARA LA ADMINISTRACIÓN
	€		

COMPROMISO DE PRESENTACIÓN DE LA JUSTIFICACIÓN DOCUMENTAL (señalar sólo cuando se solicita la ayuda con anterioridad a la fecha en la que surge la necesidad)

☐ El/la abajo firmante se compromete a presentar la acreditación documental correspondiente en el plazo de un mes, contado a partir de la concesión del préstamo y declara estar informado/a de que el incumplimiento de dicho compromiso acarreará la cancelación del mismo.

7 INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE (En caso de muerte cumplimentar también el apartado 4)

CONTINGENCIAS DERIVADAS DEL ACCIDENTE

☐ GRAN INVALIDEZ / INCAPACIDAD ABSOLUTA ☐ INCAPACIDAD TOTAL ☐ INCAPACIDAD PARCIAL ☐ MUERTE

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE

SECUELAS PRODUCIDAS

TIPO DE ACCIDENTE	FECHA DEL ACCIDENTE	FECHA HECHO CAUSANTE	RESERVADO PARA LA ADMINISTRACIÓN
☐ LABORAL ☐ COMÚN			

8 AYUDA DE CARÁCTER EXCEPCIONAL (indicar motivo/s de la petición)

9 DECLARACIÓN DE PERCEPCIÓN O NO DE OTRAS AYUDAS POR EL MISMO CONCEPTO Y EJERCICIO

El/la abajo firmante DECLARA que:

- ☐ **NO** ha percibido otras ayudas por el mismo concepto y para el mismo ejercicio.
- ☐ **SÍ** ha percibido ayuda/s por el mismo concepto que el solicitado y para el mismo ejercicio:

Beneficiario/a	Administración, Organismo, Ente público o privado	Importe
.....	.....	..... €
.....	.....	..... €
.....	.....	..... €

10 DATOS BANCARIOS

Código Entidad: ☐☐☐☐ Código Sucursal: ☐☐☐☐ Dígito Control: ☐☐ Nº Cuenta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

11 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

DECLARO que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se adjunta y **SOLICITO** la concesión de la ayuda correspondiente a la modalidad arriba reseñada.

En ..... a ..... de ..... de .....

EL/LA SOLICITANTE

Fdo.: .....

000825/1

☐ ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE JUSTICIA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (ayudas médicas, protésicas y odontológicas del personal destinado en servicios periféricos).

☐ ILMO/A. SR/A. DIRECTOR GENERAL DE INSPECCIÓN Y EVALUACIÓN (resto de modalidades).

Para mayor información sobre las ayudas de Acción Social, se podrá consultar las páginas Web www.juntadeandalucia.es y http://empleado.juntadeandalucia.es

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Justicia y Administración Pública le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de la ayuda solicitada. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Inspección y Evaluación. Consejería de Justicia y Administración Pública. Avda. República Argentina , nº 25 - 2ª planta. 41071 - SEVILLA.