

EMERGENCIA SOCIAL

1 DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE	1º APELLIDOS	2º APELLIDOS	F. NACIMIENTO:
DNI	DIRECCIÓN		TELÉFONO:
MUNICIPIO	POBLACIÓN	C.P.	

2 COMPOSICIÓN UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA

PARENTESCO CON SOLICITANTE	NOMBRE	1º APELLIDO	2º APELLIDO

Solicita ayuda para, señale lo que proceda:

- **a)** Necesidades básicas de alimentación, aseo e higiene doméstica.
- **b)** Productos farmacéuticos. Medicamentos no subvencionados o en parte no subvencionado por la Seguridad Soc.
- **c)** Suministros básicos de electricidad, agua y gas, no estén recogidos en el Bono Social.
- **d)** Otras necesidades básicas: escolares, sepelio, etc., siempre que esté debidamente motivado y justificado.

3 DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

DECLARA RESPONSABLEMENTE

Que la suma de los ingresos económicos líquidos percibidos por el solicitante y todos los miembros de su unidad familiar **en el último mes es de** _____ euros.

Que la suma de los ingresos económicos líquidos percibidos por el solicitante y todos los miembros de su unidad familiar **en los últimos 6 meses es** _____ euros.

Que no ha recibido otra/s ayuda/s extraordinaria/s establecida/s por otras Administraciones públicas, para sufragar concepto/s solicitados.

4	CONSENTIMIENTO EXPRESO: la persona consiente o no (señalar SI o NO) que los técnicos de los servicios sociales recaben la documentación necesaria para su participación en el programa mediante la el uso de su "usuario y contraseña" cl@ve. Obligatorio para mayores de 16 años.							
NOMBRE Y APELLIDOS	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	FIRMA
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

Las personas firmantes prestan su CONSENTIMIENTO PARA:

1. CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA AL INSS: CONSULTA DE LAS PRESTACIONES SOCIALES PÚBLICAS, INCAPACIDAD Y MATERNIDAD.
2. CONSENTIMIENTO PARA CONSULTAS A SEPE: IMPORTES DE PRESTACIONES POR DESEMPLEO EN FECHA ACTUAL.
3. CONSENTIMIENTO PARA CONSULTAS A SEPE: IMPORTES DE PRESTACIONES POR DESEMPLEO EN UN PERIODO.
4. CONSENTIMIENTO PARA CONSULTAS A SEPE: DEMANDANTE DE EMPLEO A FECHA ACTUAL.
5. CONSENTIMIENTO PARA CONSULTAS A SEPE: DEMANDANTE DE EMPLEO EN FECHA CONCRETA.
6. CONSENTIMIENTO PARA OBTENER VIADA LABORAL / JORNADAS REALES.
7. CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EMPADRONAMIENTO COLECTIVO.

DOCUMENTACIÓN:

- Fotocopia DNI unidad familiar
- Fotocopia libro familiar (separación, convenio regulador...)
- Certificado de Empadronamiento colectivo
- Ingresos U.F. Nóminas en caso de haber trabajado de los últimos seis meses.

En caso de NO AUTORIZAR, además :

- Vida Laboral actualizada de los mayores de 16 años;
- Certificado de empadronamiento colectivo.
- Fotocopia de los ingresos de los 12 meses anteriores a la solicitud de todos los mayores de 16: Nóminas, Prestación por desempleo, Jornadas reales, certificado de Pensiones de la Seguridad social...);
- Fotocopia del libro de familia.;
- Documento estar de alta como demandante de empleo.

LUGAR, FECHA Y FIRMA	EN MONTELLANO A DE DE 202_
	LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE
Fdo. _____	

