

**PROGRAMA DE EMERGENCIA SOCIAL (Material Escolar Curso 2024/2025 )**

<b>1 DATOS DEL SOLICITANTE</b>			
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:

- o **a)** Necesidades básicas de alimentación, aseo e higiene doméstica.
- o **b)** Productos farmacéuticos. Medicamentos no subvencionados o en parte no subvencionado por la Seguridad Soc.
- o **c)** Suministros básicos de electricidad, agua y gas, no estén recogidos en el Bono Social.
- o **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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							

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:**

- Fotocoppia 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. \_\_\_\_\_

