

SOLICITUD DE AYUDA TOTAL O PARCIAL DEL SERVICIO DE COMEDOR

CURSO 2016/2017

| 1. DATOS DEL ALUMNO/A | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|-------|--|
| PRIMER APELLIDO | | | SEGUNDO APELLIDO | | | | | | |
| NOMBRE | | | DNI/NIF | | SEXO: <table border="1"> <tr> <td>VARÓN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MUJER</td> <td></td> </tr> </table> | VARÓN | | MUJER | |
| VARÓN | | | | | | | | | |
| MUJER | | | | | | | | | |
| CALLE | | | Nº | PISO | LETRA | | | | |
| LOCALIDAD | | | PROVINCIA | CÓDIGO POSTAL | | | | | |
| TELÉFONOS | | | | | | | | | |
| 2. DATOS DEL PRÓXIMO CURSO ESCOLAR: | | | | | | | | | |
| ETAPA: | | | CURSO: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA | | | <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º | | | | | | |
| 3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO | | | | | | | | | |
| DIETA ESPECIAL: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: IMPORTANTE: Deberá adjuntar certificado médico que lo acredite emitido por el especialista. | | | TIPO DE HABITUALIDAD: <input type="checkbox"/> HABITUAL: a asistirá todos los días lectivos <input type="checkbox"/> HABITUAL DISCONTINUO: deberá tener una asistencia mínima mensual del 50% de los días en que se preste servicio de comedor. Deberá presentar el CALENDARIO DE ASISTENCIAS antes del día 1 de cada mes. | | | | | | |
| 4. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR | | | | | | | | | |
| (Imprescindible cumplimentar los dos solicitantes o marcar la casilla de monoparental si sólo hay un solicitante) | | | | | | | | | |
| | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | DNI/NIE | CORREO ELECT. | | | | |
| 1º TUTOR/A | | | | | | | | | |
| 2º TUTOR/A | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> FAMILIA MONOPARENTAL (un único responsable familiar, ya sea por razón de reconocimiento legal por un solo progenitor, por viudedad, por divorcio o por abandono), y lo acredita mediante la presentación de la siguiente documentación: <input type="checkbox"/> Copia del Libro de Familia <input type="checkbox"/> Otros (indicar): _____ | | | | | | | | | |
| 5. DATOS ECONÓMICOS | | | | | | | | | |
| (Referidos al periodo impositivo –con plazo de presentación vencido- inmediatamente anterior a la presentación de solicitud) | | | | | | | | | |
| TOTAL INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DEL EJERCICIO: _____, ____ € | | | | | | | | | |
| Documentación acreditativa aportada: _____ | | | | | | | | | |

RESIDENCIA
"SANTA MARÍA DE LOS APÓSTOLES"

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. CIRCUNSTANCIAS SOCIO-FAMILIARES | |
| 6.1. FAMILIA NUMEROSA: | |
| <input type="checkbox"/> FAMILIA NUMEROSA DE CATEGORÍA GENERAL | <input type="checkbox"/> FAMILIA NUMEROSA DE CATEGORÍA ESPECIAL |
| Documentación acreditativa aportada: _____ | |
| 6.2. OTRAS SITUACIONES: | |
| SITUACIÓN | DOCUMENTACIÓN QUE APORTA |
| ALUMNO EN RÉGIMEN DE ACOGIMIENTO FAMILIAR O RESIDENCIAL | Copia de la Resolución de Acogimiento |
| SOLICITANTE DE CONDICIONES ESPECIALES DE GÉNERO | Copia de la orden de protección a favor de la víctima o del informe del Ministerio Fiscal |
| SITUACIÓN CARENCIAL ESPECÍFICA | Informe de los Servicios Sociales que acrediten dicha circunstancia |
| A RELLENAR POR EL CENTRO | |
| 7. LA SITUACIÓN HA SIDO REVISADA POR LA COMISIÓN EVALUADORA | |
| Y la documentación entregada es: <input type="checkbox"/> CORRECTA <input type="checkbox"/> INCORRECTA | |
| Se acuerda: <input type="checkbox"/> CONCEDER <input type="checkbox"/> NO CONCEDER | |
| Tipo de ayuda: <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL Cantidad: ____, __€/día | |
| Fecha de la revisión: _____ | |

Los abajo firmantes, cuyos datos han quedado consignados, SOLICITAN la ayuda de comedor escolar para el alumno indicado y DECLARAN BAJO SURESPONSABILIDAD:

- Que aceptan las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que quedan enterados de que la inexactitud de las circunstancias declaradas podrá dar lugar a la denegación de la ayuda.
- Que tienen conocimiento de que, en caso de obtener otra beca o ayuda para el comedor escolar, deberá comunicarlo.
- Que, en el caso de serle reconocido el derecho a la gratuidad parcial del servicio de comedor, manifiesta su compromiso de pagar la diferencia hasta la totalidad del precio establecido del menú en la cuenta arriba consignada.
- Que se comprometen a la asistencia habitual al comedor escolar.

Los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal serán incluidos en el fichero "Servicios complementarios a la educación" inscrito en el Registro General de protección de Datos y cuyo responsable es la Dirección de Santa María de los Apóstoles.

La finalidad de esta recogida de datos es la solicitud de ayudas de comedor escolar. En caso de negarse a comunicar los datos podría ser imposible cualquier tipo de relación administrativa con usted, como titular de los datos, su consentimiento para su inclusión en el fichero arriba mencionado. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la responsable del fichero en la dirección Ctra. Jabalruz, 51.

En _____, a ____ de _____ de 201__

Firmas (todos los solicitantes que aparecen en el punto 4)