



SOLICITUD DE AYUDA PARA FOMENTAR LA AUTONOMIA PERSONAL A MENORES CON DISCAPACIDAD SENSORIAL Y/O INTELLECTUAL

Datos del Interesado	Nombre		
	Apellidos:		
	Domicilio:		
	Municipio:		Provincia:
	N.I.F./N.I.E.:	C. Postal:	Teléfono:
	Correo Electrónico:		

Datos del Padre	Nombre/Razón social:		
	Apellidos:		
	Domicilio:		
	Municipio:		Provincia:
	N.I.F./N.I.E.:	C. Postal:	Teléfono:
	Correo Electrónico:		

Datos de la Madre	Nombre/Razón social:		
	Apellidos:		
	Domicilio:		
	Municipio:		Provincia:
	N.I.F./N.I.E.:	C. Postal:	Teléfono:
	Correo Electrónico:		

Datos para valorar la ayuda solicitada (se comprobará de oficio por el Excmo. Ayuntamiento).

<input type="checkbox"/>	Estar al corriente de pago de todas las obligaciones tributarias.
<input type="checkbox"/>	No estar percibiendo el menor solicitante ninguna otra ayuda por parte de este Ayuntamiento.
<input type="checkbox"/>	Estar empadronado en este municipio el menor solicitante de la ayuda.

Datos referentes a la discapacidad:

Tipo de Discapacidad:		Plazo de validez:	
Fecha Certificado Calificación:		Provincia:	

Datos referentes a la dependencia:

Fecha del reconocimiento:		Grado:	
Provincia:			

Datos de la unidad familiar (incluido el solicitante)

Personas integrantes de la unidad familiar	Parentesco con el solicitante	Fecha de nacimiento



Documentación requerida:

Acreditación de identidad del interesado y de la representación en su caso: - Documento Nacional de Identidad. - Pasaporte. - Tarjeta de Identificación de Extranjeros (ITE). - Certificado de Registro de Ciudadanos de la Unión Europea.	<input type="checkbox"/>
- Libro de familia completo.	<input type="checkbox"/>
En caso de separación o divorcio de los miembros de la unidad familiar, se aportará convenio regulador, sentencia o justificación de la situación de separación mediante la presentación de la copia de la denuncia o el trámite de separación.	<input type="checkbox"/>
En caso de separación o divorcio de los miembros de la unidad familiar, se aportará documento firmado por el otro progenitor renunciando al cobro de la misma ayuda.	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo del grado total de discapacidad del solicitante.	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo del reconocimiento del Grado de Dependencia.	<input type="checkbox"/>

Entidad bancaria:

Titular de la Cuenta:				
IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta

Adjuntar fotocopia de la cuenta bancaria donde figure el solicitante de la ayuda.

(*) Cuando ambos progenitores presenten la solicitud, sólo a uno de ellos se le reconocerá esta ayuda (poseedor de la guardia y custodia del menor).

Ena.....de.....de.....

FIRMA del interesado o del representante