



SOLICITUD DE AYUDA PLAN DE ACCIÓN SOCIAL PERSONAL DOCENTE

Registro de entrada

DATOS DEL EMPLEADO PÚBLICO (obligatorio cumplimentar todos sus apartados)

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DOMICILIO (Calle y número)	C.P.	LOCALIDAD	TELÉFONO TRABAJO TELÉFONO PARTICULAR
Nº DE REGISTRO DE PERSONAL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	CENTRO DE DESTINO	

BENEFICIARIO:

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR:

Debe cumplimentar los datos de todos los miembros de la unidad familiar indicando si perciben ingresos

N.I.F. imprescindible para mayores de 14	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	Percibe ingresos SI / NO
				CÓNYUGE		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

INDICAR SI EL CÓNYUGE ES TAMBIÉN EMPLEADO PÚBLICO DE LA CARM: SÍ NO

TIPO DE AYUDA QUE SE SOLICITA (marcar con una X) (Se utilizará una instancia para cada solicitud de ayuda)

<input type="checkbox"/> FINANCIACIÓN PUNTOS DE INTERÉS <input type="checkbox"/> ANTICIPO REINTEGRABLE ORDINARIO <input type="checkbox"/> ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO <input type="checkbox"/> ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO (NECESIDAD) Justificación de la necesidad: _____ _____ _____ _____ Importe: _____ Plazo (meses): _____ <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO E INC. PERMANENTE	<input type="checkbox"/> NATALIDAD <input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE HIJOS MENORES DE 3 AÑOS ** <input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE HIJOS DE 3 A 16 AÑOS ** ** De oficio una vez comunicados los datos <input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS REGLADOS (mayores de 16 años) <input type="checkbox"/> ESTUDIOS UNIVERSITARIOS (Hijos) <input type="checkbox"/> ESTUDIOS UNIVERSITARIOS (Personal de la Administración) <input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS (Personal de la Administración) <input type="checkbox"/> CARÁCTER EXCEPCIONAL (Personal de la Administración) <input type="checkbox"/> DISCAPACITADOS (Educación especial. Hijos) <input type="checkbox"/> DISCAPACITADOS (Personal de la Administración. De oficio una vez presentada la solicitud inicial siempre que esté en vigor la resolución de reconocimiento)
---	---

Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad, comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo a la Dirección General de Personal en el plazo máximo de diez días desde su concesión. Asimismo autorizo a la Dirección General de Recursos Humanos para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social y la Agencia Tributaria. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada a la Dirección General de Personal. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada.

Murcia, a _____ de _____ de _____

(Firma del Empleado Público)

El modelo de "Declaración de Cónyuge Funcionario" se cumplimentará cuando ambos cónyuges sean funcionarios de la Administración Pública Regional.

El Director General de Personal, en aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal de 14 de diciembre de 1999, y como responsable del fichero de datos de carácter personal "PASO. Plan de Acción Social" le informa que: 1. Los datos que recoge este formulario forman parte del fichero "PASO. Plan de Acción Social" siendo recabados con la finalidad de realizar el tratamiento asociado a la gestión de Ayudas de Acción Social. 2. Estos datos podrán ser cedidos a compañías aseguradoras con el fin exclusivo de la gestión que les es propia, como empresas colaboradoras en la gestión del Plan de Acción Social, debiendo ser cancelados una vez finalizada dicha gestión.

AYUDA POR NATALIDAD 60 días naturales desde la fecha de nacimiento	<p style="text-align: center;">DOCUMENTACIÓN REQUERIDA</p> Fotocopia compulsada del libro de familia completo
HIJOS MENORES DE 3 AÑOS A 31 DE DICIEMBRE DEL EJERCICIO CORRIENTE (de oficio) Hasta el 31 de marzo	<p>Esta ayuda se concederá de oficio siempre que consten los datos de los beneficiarios en el programa PASO (si se ha percibido anteriormente ayuda para los beneficiarios ya constan sus datos en el programa PASO). En caso contrario deberá presentar solicitud en el plazo que se indica.</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTACIÓN REQUERIDA</p> Fotocopia compulsada del libro de familia completo
HIJOS DE 3 A 16 AÑOS A 31 DE DICIEMBRE DEL EJERCICIO CORRIENTE (de oficio) Hasta el 31 de marzo	<p>Esta ayuda se concederá de oficio siempre que consten los datos de los beneficiarios en el programa PASO (si se ha percibido anteriormente ayuda para los beneficiarios ya constan sus datos en el programa PASO). En caso contrario deberá presentar solicitud en el plazo que se indica.</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTACIÓN REQUERIDA</p> Fotocopia compulsada del libro de familia completo
AYUDAS AL ESTUDIO (solo se podrá solicitar ayuda para una sola clase de estudios)	
MODALIDAD Y PLAZO	<p style="text-align: center;">DOCUMENTACIÓN REQUERIDA</p>
Otros estudios reglados ESO, Bachillerato, Formación Profesional o equivalentes (sólo mayores de 16 años a 1 de enero) Hasta el 31 de marzo	1.- Certificado / informe original acreditativo de la matriculación. 2.- Fotocopia compulsada del resguardo de solicitud de beca y concesión o denegación, en su caso, del Ministerio de Educación y Ciencia o de la Consejería competente. 3.- Vida laboral del hijo beneficiario mayor de 18 años expedida por la Seguridad Social. 4.- Certificado de la empresa del cónyuge indicando el importe concedido por el mismo concepto o la no concesión de ayuda. En caso de que el cónyuge no trabaje o sea autónomo deberá justificar esta situación documental (vida laboral). En caso de separación o divorcio, sentencia correspondiente. 5.- Documento que justifique la tutela (convenio regulador), acogimiento o adopción, en su caso.
Estudios Universitarios Residencia Transporte Material Didáctico (Sólo minusválidos con matrícula gratuita) Hasta el 31 de marzo	1.- Certificado / informe original acreditativo de la matriculación, con expresión del curso y asignaturas que comprende indicando si es primera matrícula o no, e importe de cada asignatura. 2.- Documentación original acreditativa de los pagos efectuados. 3.- Fotocopia compulsada del resguardo de solicitud de beca y concesión o denegación, en su caso, del Ministerio de Educación y Ciencia o de la Universidad correspondiente. 4.- Vida laboral del hijo beneficiario mayor de 18 años expedida por la Seguridad Social 5.- Certificado de la empresa del cónyuge indicando el importe concedido por el mismo concepto o la no concesión de ayuda. En caso de que el cónyuge no trabaje o sea autónomo deberá justificar esta situación documental (vida laboral). En caso de separación o divorcio, sentencia correspondiente. 6.- Documento que justifique la tutela (convenio regulador), acogimiento o adopción, en su caso. 7.- En el caso de Estudios Universitarios homologados en Centros Privados, deberá adjuntarse certificado acreditativo de la homologación de los estudios que se cursan así como su equivalencia expedido por los organismos oficiales competentes. 8.- En caso de residencia : certificado de admisión en el Colegio Mayor o Residencia, o contrato de arrendamiento, en su caso, y los 3 primeros recibos originales del pago del mismo. 9.- En el caso de optar al Material Didáctico, aportar documento que justifique que la matrícula gratuita es por la condición de Minusválido.
Otros estudios Hasta 30 de septiembre	1.- Recibos o facturas mensuales originales del establecimiento autorizado, donde deberá constar el nombre de la empresa, CIF/NIF, número de factura o recibo, la fecha, la persona afectada, los estudios que realiza o resguardos de ingreso bancario acreditativos de los pagos efectuados; no se admitirán certificados globales por el importe de las mensualidades ni copias o duplicados de las facturas. 2.- Documento de la entidad autorizada haciendo constar la inscripción o matriculación, estudios que realiza e importe de la mensualidad. Sólo puede ser beneficiario de esta ayuda el empleado público
CARÁCTER EXCEPCIONAL (gastos del ejercicio o de los dos últimos meses del anterior)	<p>IMPORTE TOTAL DE LOS GASTOS EFECTIVOS: _____ EUROS</p> <p>FINALIDAD DE LA AYUDA _____</p> <p>Indicar otras prestaciones solicitadas o concedidas por el mismo concepto: Organismo: _____ Importe: _____</p> <p>DOCUMENTACIÓN REQUERIDA</p> 1.- Acreditación de los ingresos del último ejercicio de todas las personas que componen la unidad familiar, e "informe de vida laboral", expedida por la Seguridad Social de los mayores de 18 años. 2.- En el caso de gastos relacionados con tratamientos médicos, psiquiátricos, psicológicos o sanitarios, informe médico donde quede debidamente acreditada la necesidad del tratamiento sanitario que origine la solicitud. 3.- Facturas originales justificativas de los gastos donde deberá constar el CIF/NIF, número de factura, la fecha, la persona afectada y el tratamiento aplicado. Dichas facturas, en su caso, deberán ir debidamente desglosadas en conceptos y unidades, no admitiéndose facturas en las que no estén claramente especificados los mismos o que se refieran a conceptos globales. 4.- Documentación acreditativa de otras prestaciones recibidas de entidades públicas o privadas o declaración jurada de su inexistencia. 5.- Documentación acreditativa de haber acudido a la red de asistencia sanitaria del régimen de previsión social a que pertenezca el empleado público, en su caso, con la excepción prevista en el apartado II.4.2 de estas bases. 6.- Documentación acreditativa de los hechos o circunstancias que motiven la conveniencia de no haber empleado los medios del régimen de previsión social correspondiente. Estas circunstancias podrán ser acreditadas mediante declaración del empleado público

DISCAPACITADOS (Educación especial. Hijos) Hasta el 30 de junio	DOCUMENTACIÓN REQUERIDA 1.-Facturas originales acreditativas de todos los gastos, incluyendo transporte y comedor, en su caso. 2.- Resolución de reconocimiento de minusvalía 3.- Certificación o documento acreditativo de hallarse matriculado o inscrito el alumno durante el presente curso en centro docente reconocido o autorizado para Educación Especial.
DISCAPACITADOS (de oficio) (Minusvalía. Personal de la Administración) Hasta el 31 de marzo	Esta ayuda será de oficio una vez presentada la solicitud inicial siempre que esté en vigor la resolución de reconocimiento. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA Fotocopia compulsada acreditativa de la Resolución de la minusvalía (no será válido el trámite de audiencia) realizada por el Órgano competente a través de un Equipo de Valoración.
FINANCIACIÓN DE PUNTOS DE INTERÉS (Dos meses desde la fecha del contrato de préstamo)	IMPORTE DEL CRÉDITO: _____ (MÁXIMO 7.500 €) FECHA DE CONCESIÓN: _____ PLAZO DE DEVOLUCIÓN : _____ MESES (MÁXIMO 36 meses) DOCUMENTACIÓN REQUERIDA 1.-Contrato suscrito con la entidad financiera correspondiente (original o copia compulsada) 2.- Cuadro de amortización expedido y sellado por la entidad financiera en el que se indique el tipo de interés nominal e importe correspondiente a amortización de capital y a intereses que se abonarán en cada mensualidad a que se extienda el plazo de duración del crédito mencionado.
ANTICIPO REINTEGRABLE ORDINARIO	Importe máximo: 3.000 € Plazo máximo de devolución: 12 MESES DOCUMENTACIÓN REQUERIDA Fotocopia nómina percibida el mes anterior a la solicitud
ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO	Importe máximo: 6.000 € Plazo máximo de devolución: 36 MESES DOCUMENTACIÓN REQUERIDA Fotocopia nómina percibida el mes anterior a la solicitud
ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO (NECESIDAD)	Importe máximo: 6.000 € Plazo máximo de devolución: 60 MESES DOCUMENTACIÓN REQUERIDA Fotocopia nómina percibida el mes anterior a la solicitud Acreditación de la situación de necesidad.



SOLICITUD DE AYUDAS DE ACCIÓN SOCIAL. RESGUARDO PARA EL INTERESADO

Datos del empleado público que formula la solicitud

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

Datos del beneficiario.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIF	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO

TIPO DE AYUDA QUE SE SOLICITA	FECHA Y SELLO DEL REGISTRO
<input type="checkbox"/> FINANCIACIÓN PUNTOS DE INTERÉS <input type="checkbox"/> ANTICIPO REINTEGRABLE <input type="checkbox"/> NATALIDAD <input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE HIJOS MENORES DE 3 AÑOS <input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE HIJOS DE 3 A 16 AÑOS <input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS REGLADOS (mayores de 16 años) <input type="checkbox"/> ESTUDIOS UNIVERSITARIOS (hijos) <input type="checkbox"/> ESTUDIOS UNIVERSITARIOS (Personal de la Administración) <input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS (Personal de la Administración) <input type="checkbox"/> CARÁCTER EXCEPCIONAL <input type="checkbox"/> DISCAPACITADOS. EDUCACIÓN ESPECIAL HIJOS <input type="checkbox"/> DISCAPACITADOS. PERSONAL ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO E INC. PERMANENT	