



ANEXO II
SOLICITUD DE AYUDA TOTAL O PARCIAL DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR.
CURSO 2016/2017

1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO CURSARÁ LOS ESTUDIOS	
NOMBRE DEL CENTRO	CÓDIGO DEL CENTRO
MUNICIPIO	LOCALIDAD

2. DATOS DEL ALUMNO/A	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NOMBRE	FECHA NACIMIENTO
DNI/NIF	SEXO: <input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER
CALLE	Nº PISO LETRA TELÉFONOS
LOCALIDAD	PROVINCIA CÓDIGO POSTAL

2.1. DATOS DEL PRÓXIMO CURSO ESCOLAR:	
ETAPA:	CURSO:
<input type="checkbox"/> 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> E.S.O.	<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 <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º

2.2. 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: 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. FECHA COMIENZO DE ASISTENCIA: / /

3. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR
(Imprescindible cumplimentar los dos solicitantes o marcar la casilla de monoparental si sólo hay un solicitante)

3.1. DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES						
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIE	CORREO -E	Parentesco con el alumno
1º						Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/>
2º						Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/>
<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): _____						

4. DATOS ECONÓMICOS Referidos al periodo impositivo 2014 (que es el plazo de presentación vencido inmediatamente anterior a la presentación de solicitud)	
<input type="checkbox"/> Autorizan a la Dirección General de Política Educativa Escolar de la Consejería de Educación para recabar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos fiscales que posea relativos a sus ingresos	<input type="checkbox"/> No autorizan , y aportan documentación acreditativa de los ingresos que ha declarado.
A cumplimentar por el Consejo Escolar, en caso de no autorizar cruce o presentar documentación complementaria: TOTAL INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DEL EJERCICIO 2014: _____ , _____ €	

5. CIRCUNSTANCIAS SOCIO-FAMILIARES

5.1. ALUMNO CON DISCAPACIDAD

Autorizan a la Consejería de Educación para la obtención de datos de los alumnos relativos a la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad expedida en Castilla y León

No autorizan, o la tarjeta está expedida en otra CCAA, y aportan copia de la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad, certificado o resolución sobre reconocimiento de grado de discapacidad.

5.2. FAMILIA NUMEROSA

FAMILIA NUMEROSA DE CATEGORÍA GENERAL

FAMILIA NUMEROSA DE CATEGORÍA ESPECIAL

Autorizan a la Consejería de Educación para la obtención de datos de los solicitantes relativos al título de familia numerosa, reconocido y expedido en Castilla y León

No autorizan, o el título está expedido en otra CCAA, y aportan copia del título de familia numerosa en vigor.

Nº de título: ____/____/____ Válido hasta: ____/____/____

5.3. OTRAS SITUACIONES:

SITUACIÓN	DOCUMENTACIÓN QUE APORTA
<input type="checkbox"/> ALUMNO EN RÉGIMEN DE ACOGIMIENTO FAMILIAR O RESIDENCIAL	<input type="checkbox"/> Copia de la Resolución de Acogimiento
<input type="checkbox"/> SOLICITANTE DE CONDICIONES ESPECIALES DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> Copia de la orden de protección a favor de la víctima o del informe del Ministerio Fiscal o certificado de los Servicios Sociales o Sanitarios de la Admón. Autonómica o local.
<input type="checkbox"/> SITUACIÓN CARENIAL ESPECÍFICA	<input type="checkbox"/> Informe acreditativo de los Servicios Sociales

6. AUTORIZO QUE LOS RECIBOS DEL COMEDOR SEAN CARGADOS EN LA SIGUIENTE CUENTA:

DNI/NIE:	NOMBRE:	APELLIDO 1:	APELLIDO 2:
Nº CUENTA (CÓD IBAN):			

7. LA SITUACIÓN HA SIDO REVISADA POR EL CONSEJO ESCOLAR DEL CENTRO

Y la documentación entregada es: CORRECTA INCORRECTA 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 SU RESPONSABILIDAD:

- 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 a la Administración Educativa.
- 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.
- Que quedan enterados de que esta solicitud de ayuda de comedor lleva implícita la solicitud de plaza de comedor escolar, por lo que se comprometen a asistir al mismo desde la fecha de comienzo de asistencia indicada, y a cancelar la asistencia de acuerdo con las normas reguladoras del servicio público del comedor escolar. En caso de renuncia a la plaza de comedor deberán presentar la *solicitud de baja de plaza de comedor* en su centro educativo conforme al Anexo correspondiente.

Doy mi consentimiento para que los datos recogidos en esta solicitud sean cedidos al Ayuntamiento con la finalidad de prestar el servicio de comedor en periodos no lectivos.

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 General de Política Educativa Escolar de la Consejería de Educación. 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. Ud. da, 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 Avd. Reyes Católicos nº2 de Valladolid o bien solicitando que le sean remitidos los impresos que el responsable del fichero dispone a tal efecto.

En _____, a _____ de _____ de 2016

Firmas (todos los solicitantes que aparecen en el punto 3.1)

ILMO. DIRECTOR/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE _____

LA DESCARGA Y PRESENTACIÓN en periodo ordinario DE ESTA SOLICITUD TAMBIÉN SE PUEDE REALIZAR A TRAVÉS DE INTERNET:

<https://comedoresescolares.jcyl.es>

- SI YA ESTÁ REGISTRADO: introduzca su usuario y contraseña seleccione **GENERAR NUEVA SOLICITUD DE AYUDAS CURSO 2016-2017**
- SI AÚN NO ESTÁ REGISTRADO puede hacerlo llamando al teléfono de información al ciudadano 012 e introduciendo en la aplicación el número de solicitud y código de verificación que le proporcionarán.

RESGUARDO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE AYUDAS DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2016/2017

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO.....

DOMICILIO

CENTRO DONDE SE PRESENTA LA SOLICITUD.....

(fecha y sello del centro)

(ESTE RESGUARDO NO ES VÁLIDO SIN EL SELLO Y FECHA DE LA OFICINA RECEPTORA)