



LE RECORDAMOS QUE PUEDE REALIZAR ESTA SOLICITUD DE FORMA MÁS SENCILLA POR INTERNET, EN LA DIRECCIÓN: http://www.mecd.gob.es LO QUE LE FACILITARÁ OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE TRAMITACIÓN DE SU AYUDA

1. ESTUDIOS

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2015/16..... ZONA

A. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (ES SIEMPRE EL ALUMNO)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

NIF/NIE DEL/DE LA SOLICITANTE

SEXO ( Marque con x lo que proceda

FECHA DE NACIMIENTO

PROFESIÓN DEL/DE LA SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA

¿ES EXTRANJERA/O? SÍ NO

NACIONALIDAD

CÓDIGO PAÍS

TELÉFONO FIJO (con prefijo)

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL

(Este dato es imprescindible para notificaciones, de acuerdo con las bases de la convocatoria)

B. DOMICILIO FAMILIAR (EN ESPAÑA)

TIPO DE VÍA (Ver instrucciones)

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO

ESCALERA

PISO

LETRA

PROVINCIA

MUNICIPIO

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

C. DATOS BANCARIOS: CUENTA O CARTILLA Y ENTIDAD donde desea percibir el importe de la ayuda:

IBAN

ENTIDAD

OFICINA

DÍGITOS CONTROL

CUENTA

Si es la cuenta del/de la solicitante, éste/a deberá ser titular o cotitular de la cuenta.

Si es la cuenta del centro educativo, por haber autorizado a éste a percibir el importe de la ayuda, deberá cumplimentar también las siguientes casillas con el CIF DEL COLEGIO O ENTIDAD TITULAR DE LA CUENTA

D. DATOS ACADÉMICOS (A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO)

CENTRO EN EL QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2015/2016

CÓDIGO

DOMICILIO DEL CENTRO

LOCALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2015/16:

CURSO

E. INFANTIL

E. PRIMARIA

E.S.O.

BACHILLERATO

CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO

CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR

ENSEÑANZAS ARTÍSTICAS PROFESIONALES

P.C.P.I./ FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA

PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA

E. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

TIPO DE CENTRO:

RÉGIMEN DEL CENTRO

GRADO DE DISCAPACIDAD

COLECTIVO

Nº de miembros computables

DEDUCCIONES

Familia numerosa

Número de hermanas/os

Número de afectadas/os discapacidad igual o superior al 33 %

Solicitante con discapacidad motórica superior al 65%

Hermanas/os universitarias/os fuera del domicilio familiar

Orfandad absoluta

F. TIPO DE AYUDAS. AYUDAS SOLICITADAS. A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO

A. ENSEÑANZA

B. TRANSPORTE

C. COMEDOR

D. RESIDENCIA

E. TRANSPORTE FIN DE SEMANA

F. TRANSPORTE URBANO

G. MATERIAL 1 (1)

H. MATERIAL 2 (2)

REEDUCACIÓN: P. PEDAGÓGICA

L. LENGUAJE

PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

(1) y (2) Deberá marcar con x

El apartado G, para alumnado que curse E. Primaria, ESO, PCPI/FPBás. o Progr. de Transición para la Vida Adulta y el apartado H, para alumnado que curse el resto de niveles.

AYUDAS PROPUESTAS. A CUMPLIMENTAR POR LA ADMÓN.:

SUBSIDIO 4

N. ADJUDICACIÓN: 2

A B C D E

F G H P L S

PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO? (INDICAR SI O NO)	NIE / NIF	APELLIDOS Y NOMBRE (Menores 25 años o mayores con discapacidad)	FECHA NACIMIENTO	DISCAPACIDAD (INDICAR SI O NO)	ESTADO CIVIL (1)	CUSTODIA o Guarda Legal. O CUSTODIA Compartida	PROFESION O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (2)	SUSTENTADOR PRINCIPAL DE LA FAMILIA (3)
Solicitante										<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor					XXXX					<input type="checkbox"/>
Madre/Tutora					XXXX					<input type="checkbox"/>
Hermana/o										<input type="checkbox"/>
Hermana/o										<input type="checkbox"/>
Hermana/o										<input type="checkbox"/>
Hermana/o										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
Custodia Compartida					XXXX					<input type="checkbox"/>

(1) En el caso de que el padre/tutor o madre/tutora del solicitante sea SEPARADO O DIVORCIADO, DEBERÁ CUMPLIMENTAR LA COLUMNA SOBRE CUSTODIA O GUARDA LEGAL Indicando en la columna SI o NO. EN CASOS DE CUSTODIA COMPARTIDA DEBERÁ INCLUIR AL OTRO SUSTENTADOR CON EL QUE SE COMPARTE LA CUSTODIA EN LA CASILLA INDICADA.

(2) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVA/O; D) DESEMPLEADA/O; I) INVALIDEZ; J) JUBILADA/O; M) AMA/O DE CASA.

(3) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL	
CIF DE LA NSITUACIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
<input type="text"/>	.....

**A FIRMAR POR TODAS/OS LAS/OS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA**

Las/os abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad y autorizan a las Administraciones Educativas a obtener de otras Administraciones los datos de identificación, circunstancias personales, residencia, académicos, familiares, de renta y patrimonio, que resulten necesarios para la resolución de la solicitud.

Firmas:

Padre del/de la solicitante

Madre del/de la solicitante

Otros miembros: .....

**H. SITUACIONES A EFECTOS DE DEDUCCIONES**

MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFIQUE LA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRIRÁN A 31 DE DICIEMBRE DE 2014.

CONDICIÓN DE FAMILIA NUMEROSA : GENERAL   
 ESPECIAL

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD (\*). GRADO DE DISCAPACIDAD igual o superior a 33%: N° afectadas/os.....

SOLICITANTE CON DISCAPACIDAD MOTÓRICA SUPERIOR AL 65%

HERMANAS/OS UNIVERSITARIAS/OS DEL/DE LA SOLICITANTE ESTUDIANTES FUERA DEL DOMICILIO FAMILIAR (Indique número).....

ORFANDAD ABSOLUTA DEL/DE LA SOLICITANTE

(\*) Referida al hermano/a o el/la propio/a solicitante. Indique número de personas de la familia afectadas

**I. INFORMACIÓN ECONÓMICA**

**(A CUMPLIMENTAR POR TODAS/OS LAS/OS SOLICITANTES)**

- Durante el año 2014, ¿algún miembro de la unidad familiar ha sido autónomo o propietario de alguna empresa/actividad económica de la que sea titular o participe en un porcentaje igual o superior al 50%? (Elija la opción que proceda)

SÍ  NO

En caso afirmativo, cumplimente la siguiente información:

N° de empresas/actividades de las que es titular o participe: .....

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE POSEE LA PARTICIPACIÓN	EMPRESA / ACTIVIDAD	CIF/NIF	PORCENTAJE EXACTO DE PARTICIPACIÓN	INGRESOS TOTALES ANUALES BRUTOS OBTENIDOS POR LA EMPRESA/ACTIVIDAD

- Durante el año 2014, ¿la unidad familiar ha obtenido rentas en el extranjero?

SÍ  NO

En caso afirmativo, consigne a continuación la cantidad en la moneda que corresponda, según el país en el que se han percibido, y justifique documentalmente: .....

## DECLARACIÓN A CUMPLIMENTAR POR TODAS/OS LAS/OS SOLICITANTES

D./D<sup>a</sup>..... padre, madre o tutor del solicitante y, en su caso, el resto de miembros de la unidad familiar mayores de edad, DECLARAN BAJO RESPONSABILIDAD SOLIDARIA:

- Que aceptan las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que quedan enteradas/os de que la inexactitud de las circunstancias declaradas dará lugar a la denegación o revocación de la ayuda, sin perjuicio de las responsabilidades en que pudieran incurrir legalmente.
- Que tienen conocimiento de la incompatibilidad de estas ayudas y que en caso de obtener otra beca o ayuda procedente de cualquier Administración o entidad pública o privada deberán comunicarlo a la Administración Educativa.
- Que manifiesta su consentimiento para recibir comunicaciones mediante correo electrónico, sms certificados, en el número de teléfono indicado en su solicitud o ser notificado por comparecencia en Sede Electrónica del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Esto último significa que debe acceder regularmente a dicha Sede Electrónica para comprobar si ha recibido alguna notificación.

....., a ..... de ..... de 2015

Firma del padre, madre o tutor/a

Firma del/de la solicitante

Otros miembros

**NOTA: PARA CONSERVAR UN RESGUARDO DE SU SOLICITUD, FOTOCOPIE TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD Y HAGA QUE LE SELLEN EN EL CENTRO EDUCATIVO LA COPIA, CON INDICACIÓN DE LA FECHA EN QUE SE HA PRESENTADO.**

SIN ESTA COPIA SELLADA, USTED NO TENDRÁ UN COMPROBANTE VÁLIDO DE HABER SOLICITADO LA AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO.

PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE TRAMITACIÓN DE SU SOLICITUD, DEBE DARSE DE ALTA EN SEDE ELECTRÓNICA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE, EN LA DIRECCIÓN DE INTERNET:

**<https://sede.educacion.gob.es/portada.html> ACCEDER POR "TRÁMITES Y SERVICIOS" Y PONER LOS DIEZ ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE CUENTA QUE INDICÓ EN ESTA SOLICITUD CUANDO LE SEAN REQUERIDOS POR LA APLICACIÓN.**

CENTRO DE ESTUDIOS: .....

FECHA DE PRESENTACIÓN: .....

SELLO:

### A CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE AUTORIZAR AL CENTRO A PERCIBIR LA AYUDA

D./ D.<sup>a</sup> .....,  
 padre, madre o tutor/a del/ de la solicitante, autoriza al director/a del centro .....,  
 en el que se encuentra matriculado/a el/la solicitante de ayuda para que, en caso de ser beneficiario/a de la misma,  
 perciba su importe a través de la cuenta corriente de dicho centro.

**(FIRMA)**

## CERTIFICACIONES

**A) A CUMPLIMENTAR POR EL/LA SECRETARIO/A O DIRECTOR/A DEL CENTRO ESPECÍFICO, ORDINARIO CON UU.EE. O QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:**

D./D<sup>a</sup>.....

Secretario-a/Director-a del centro docente.....

Código.....

TIPO DE CENTRO:

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON  NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO      ESPECÍFICO       ORDINARIO CON UU.EE.

**CERTIFICO** que el/la alumno/a al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este centro para el curso académico 2015/16. Asimismo, y por la presente certificación, me comprometo a, en caso de que no llegara a ocupar plaza o causara baja durante el curso, comunicar esta circunstancia en el plazo máximo de un mes al órgano gestor correspondiente para que, si procediese, fuera revocada dicha ayuda.

....., a..... de.....de 2015

Firmado: .....

Sello:

**B) ACREDITACIÓN DE LA NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO (A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS)**

D./D<sup>a</sup>: .....

**CERTIFICA:**

Que el/la alumno/a.....  
está escolarizado/a en el centro.....

Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:

DISCAPACIDAD

TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA

T.D.A.H

ESCOLARIZACIÓN MAS TEMPRANA   
(MENORES DE DOS AÑOS)

**ALTA CAPACIDAD**   
(DE CONFORMIDAD CON LO  
DISPUESTO EN EL ARTº 1 A)  
DE LA CONVOCATORIA)

**PARA PROPUESTAS DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE o de AYUDA PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES (DEBERÁN CUMPLIMENTAR LOS SIGUIENTES CERTIFICADO E INFORME ESPECÍFICO)**

**CERTIFICADO**

Asimismo **certifico, como justificación de la ayuda solicitada,** que el alumno tiene necesidad de recibir:

REEDUCACIÓN { PEDAGÓGICA   
LENGUAJE

ASISTENCIA A PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

**INFORME ESPECÍFICO**

DESCRIBA DETALLADAMENTE LA ASISTENCIA o SERVICIO QUE SE CONSIDERAN NECESARIOS ASÍ COMO LAS CARACTERÍSTICAS O CONDICIONES que debe reunir para garantizar las necesidades que presenta el alumno.  
(Contenido, actividades, recursos, objetivos a conseguir, seguimiento, etc.)

Indique asimismo la cualificación profesional requerida para el personal que ha de impartir la reeducación o el programa.

INDIQUE EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES Y DURACIÓN TOTAL PREVISIBLE DE LA ASISTENCIA O SERVICIO NECESARIOS

En....., a..... de.....de 2015

Firmado: .....

Sello

**C) A CUMPLIMENTAR POR EL REEDUCADOR, GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y DEL LENGUAJE O EL PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES**

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE PRESTA EL SERVICIO**

D./D<sup>a</sup>: .....

Con N° DE COLEGIADO ..... NIF.....

PROFESIÓN/ ESPECIALIDAD. ....

(EN SU CASO): CENTRO EN EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO: ..... CIF. ....

**CERTIFICA:**

Que el/la alumno/a: .....

Recibirá los siguientes tratamientos:

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA  - CUANTÍA MENSUAL: .....
- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE  - CUANTÍA MENSUAL: .....

- Asistirá al PROGRAMA ESPECIFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES:  - CUANTÍA MENSUAL.....

En el supuesto de no prestar el servicio solicitado, se pondrá en conocimiento de la Unidad de Becas provincial.

**MEMORIA**

Describir detalladamente EL SERVICIO o ASISTENCIA que se van a prestar en relación con las necesidades del alumno (contenido, objetivos, características, actividades, recursos, agrupaciones, seguimiento, etc.). Detállese la cualificación profesional o ESPECIALISTA que imparte este servicio o programa.

- Indique el número de HORAS SEMANALES Y la DURACIÓN PREVISIBLE DEL SERVICIO o PROGRAMA

....., a..... de.....de 2015

Firmado: .....

Sello

**C) A CUMPLIMENTAR POR EL INSPECTOR DE LA ZONA O DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN  
DEPENDIENTE DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS PARA  
SOLICITUDES DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE**

D./D<sup>a</sup>: .....

**CERTIFICA:**

Que el/la alumno/a .....

1º.- Necesita recibir reeducación pedagógica o del lenguaje por la inexistencia o insuficiencia de la atención pedagógica en el centro en que está escolarizado.

2º.- Resulta inviable la matriculación del alumno en un centro que disponga del servicio de reeducación requerido.

Lo que firmo como justificación de la ayuda solicitada en ....., a..... de.....de 2015

Firmado: .....

Sello

---