

## SOLICITUD DE AYUDA POR CONTRATACIÓN DE PERSONA PARA CUIDADO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CRÓNICA

(Orden de 19 de mayo de 2006, por la que se modifica la Orden de 25 de julio de 2005)

### 1. DATOS DEL SOLICITANTE



Apellido 1  Apellido 2  Nombre

NIF  Nº Seg. Social  F. Nacimiento  Sexo

#### Domicilio

T.Vía  Nombre Vía  Nº  Bis  Esc  Piso  Letra  C.P.

Localidad  Municipio  Provincia  País

Teléfono  Fax  E-mail

#### Datos de la/s persona/s representante/s

Nombre de la persona representante	NIF	Carácter Representación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Domicilio a efectos de notificaciones

T.Vía  Nombre Vía  Nº  Bis  Esc  Piso  Letra  C.P.

Localidad  Municipio  Provincia  País

Teléfono  Fax  E-mail

El/la abajo firmante se hace plenamente responsable de la veracidad de los datos consignados y acepta las condiciones de la Orden que regula estas ayudas  
(Firma y sello)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Fdo.:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Empleo le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de la presente ayuda. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento reglamentariamente establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, dirigiendo un escrito al Servicio Andaluz de Empleo, a través del registro general de la misma, sito en Avda. Hytasa, 14 -41006-Sevilla

ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL, AUTÓNOMOS Y PROGRAMAS PARA EL EMPLEO  
ILMO/A SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE EMPLEO DE

**SOLICITUD DE AYUDA POR CONTRATACIÓN DE PERSONA PARA CUIDADO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CRÓNICA**  
**(Orden de 19 de mayo de 2006, por la que se modifica la Orden de 25 de julio de 2005)**

**2. DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE**

El solicitante / representante en relación con la presente solicitud declara responsablemente que:

1º.- No ha recaído sobre él resolución administrativa o judicial firme de reintegro, consecuencia de procedimientos sustanciados en el ámbito de la Administración de la Junta de Andalucía, o, en su caso, acreditación de su ingreso, aplazamiento o fraccionamiento de la deuda correspondiente.

2º.- No se haya incurrido en ninguna de las limitaciones de acceso a las subvenciones y / o ayudas públicas reguladas en la normativa presupuestaria vigente.

3º.- La contratación incluida en la presente solicitud no incurre en ninguna de las exclusiones previstas en el art. 3 de la Orden de 25 de julio de 2005.

4º.- Los miembros de la unidad familiar que conviven en el domicilio son los siguientes:

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	F. Nacim	TAJ Oro (1)	Ingresos (2)
TOTAL INGRESOS UNIDAD FAMILIAR					

5º.- En relación con otras ayudas solicitadas o concedidas para el mismo fin:

(Marque con una X las casillas que procedan)

\* Ha **recibido** ayudas de otros organismos:      Sí       No

- En caso afirmativo, indique los organismos de los que ha recibido ayuda y su cuantía:

Organismo	Cuantía

\* Ha **solicitado** ayudas a otros organismos:      Sí       No

- En caso, afirmativo, indique los organismos a los que ha solicitado ayuda y su cuantía:

Organismo	Cuantía

El/la abajo firmante se hace plenamente responsable de la veracidad de los datos consignados y acepta las condiciones de la Orden que regula estas ayudas  
(Firma y sello)

En \_\_\_\_\_ a de \_\_\_\_\_ de 20

Fdo.:

(1) Indique si el miembro de la unidad familiar es titular de la Tarjeta Andalucía-Junta Sesenta y Cinco, modalidad Oro  
(2) Indique los ingresos anuales de cada miembro de la unidad familiar

**SOLICITUD DE AYUDA POR CONTRATACIÓN DE PERSONA PARA CUIDADO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CRÓNICA**  
**(Orden de 19 de mayo de 2006, por la que se modifica la Orden de 25 de julio de 2005)**

**3. SOLICITUD DE TRANSFERENCIA BANCARIA**

D./Dña. \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_  
solicita acogerse al sistema de transferencia bancaria legalmente establecido, manifestando que las ayudas que se le concedan sean abonadas en la siguiente cuenta:

**Datos Bancarios**

Entidad	Oficina	DC	Nº de Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El/la abajo firmante se hace plenamente responsable de la veracidad de los datos consignados y acepta las condiciones de la Orden que regula estas ayudas.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo.:

VºBº entidad bancaria  
(firma y sello)

**SOLICITUD DE AYUDA POR CONTRATACIÓN DE PERSONA PARA CUIDADO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CRÓNICA**  
(Orden de 19 de mayo de 2006, por la que se modifica la Orden de 25 de julio de 2005)

**4. DATOS DE LA PERSONA QUE TIENE LA ENFERMEDAD CRÓNICA O LA DISCAPACIDAD DEL 75%**

Apellido 1  Apellido 2  Nombre   
NIF  Nº Seg. Social  F. Nacimiento  Sexo

**Parentesco con el Solicitante (Marque con una X la casilla que corresponda)**

- Cónyuge/Pareja de Hecho  
 Padre/Madre  
 Hijo/a  
 Sin parentesco. Familia unipersonal

**Motivo por el que Requiere Atención Continuada (Marque con una X la casilla que corresponda)**

- Discapacitado Grado de Discapacidad (%)  Fecha Fin Certificado Minusvalía   
 Enfermedad Crónica

**Domicilio**

T.Vía  Nombre Vía  Nº  Bis  Esc  Piso  Letra  C.P.   
Localidad  Municipio  Provincia  País   
Teléfono  Fax  E-mail

**Importe de la Ayuda Solicitado**

**5. DATOS DE LA PERSONA CONTRATADA**

Apellido 1  Apellido 2  Nombre   
NIF  Nº Seg. Social  F. Nacimiento  Sexo

**Colectivo Preferente al que pertenece**  (1)

(1) Datos del Colectivo: Indicar, según corresponda, las siguientes siglas para el colectivo por el que se solicita la ayuda:

- J30: Jóvenes menores de 30 años.
- MME: Mujeres mayores de 30 y hasta 45 años inclusive
- VIG: Mujeres víctimas de violencia de género
- PLD: Personas Paradas de Larga Duración mayor de 45 años
- DIS: Personas con Discapacidad
- INM: Inmigrantes
- MET: Minorías Étnicas
- PPS: Personas perceptoras del Programa de Solidaridad de los andaluces para la erradicación de la marginación y la desigualdad
- DRO: Drogodependientes rehabilitados
- EXR: Personas Ex-reclusas
- PEXRE: Todas aquellas personas cuya situación legal desempleo provenga de expedientes de regulación de empleo
- OTR: Otros colectivos

**SOLICITUD DE AYUDA POR CONTRATACIÓN DE PERSONA PARA CUIDADO DE PERSONA CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CRÓNICA**  
**(Orden de 19 de mayo de 2006, por la que se modifica la Orden de 25 de julio de 2005)**

Las solicitudes se presentarán acompañadas de la documentación siguiente:

**En relación con el Solicitante/Representante:**

- Fotocopia del DNI del solicitante y/o del representante, en los casos que proceda.
- Fotocopia del DNI de la persona por la que se solicita la ayuda, en los casos que proceda.
- Fotocopia del DNI de todos los miembros de la unidad familiar o, en su caso, del número de identificación de extranjero (NIE) y/o pasaporte.
- Fotocopia compulsada del Certificado de Minusvalía o del Certificado Médico que acredite enfermedad crónica que requiere atención continuada.
- Documentación acreditativa de los extremos recogidos en el artículo 3, apartado 3, del Decreto 137/2002, de 30 de abril, consistente en declaración expresa responsable sobre los miembros de la unidad familiar que conviven de forma estable en el mismo domicilio que la persona que tiene la enfermedad crónica o la discapacidad, al tiempo de formular la solicitud de ayuda, con expresión de su nombre, fecha de nacimiento y certificado de empadronamiento de los miembros de la unidad familiar.
- Fotocopia del Libro de Familia o documento que acredite la relación entre la persona que tenga reconocida al menos el 75% de discapacidad o padezca enfermedad crónica que requiera una atención continuada y el familiar encargado de su atención, en los casos de unidades familiares de más de un miembro.
- Fotocopia compulsada de autoliquidación del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas correspondiente al último ejercicio de todos los miembros obligados de la unidad familiar, o certificado de retenciones expedido por el pagador de los rendimientos o cualquier otro medio que demuestre la realidad de la percepción.

**En relación con la persona contratada:**

- Fotocopia del DNI o del documento de identidad extranjero, en su caso.
- Documentación acreditativa de su pertenencia a alguno de los colectivos preferentes para la concesión de la ayuda, en su caso.
- Certificado emitido por la administración competente que acredite que el trabajador pertenece al colectivo por el que se solicita la ayuda, en los casos que proceda.
- Fotocopia compulsada del alta en la Seguridad Social de la persona contratada y del contrato formalizado por la misma, salvo que se haya hecho uso del aplicativo Gescontrat@.
- Autorización de consulta de vida laboral de la persona contratada.

El Servicio Andaluz de Empleo podrá requerir cualquier otra documentación para completar el expediente administrativo.