

OFRECIMIENTO PARA EL ACOGIMIENTO FAMILIAR (Código procedimiento: 11068)

URGENCIA TEMPORAL TEMPORAL ESPECIALIZADO PERMANENTE PERMANENTE ESPECIALIZADO

* Señalar uno o varios de los tipos de acogimiento para los que se ofrecen.

1 DATOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS							
1.1 PERSONA INTERESADA 1							
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		
DNI/NIE/PASAPORTE:		SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		FECHA NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:	
POBLACIÓN DE NACIMIENTO:		PROVINCIA:		PAÍS:		NACIONALIDAD:	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (señalar con una X)							
<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1 ^{ER} GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2 ^º GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA/GRADO							
OCUPACIÓN ACTUAL:							
<input type="checkbox"/> Empresario/a con asalariados.				<input type="checkbox"/> Vendedor/a.			
<input type="checkbox"/> Empresario/a sin asalariados.				<input type="checkbox"/> Personal Subalterno.			
<input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta propia.				<input type="checkbox"/> Capataz o similar de industria y servicios.			
<input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta ajena.				<input type="checkbox"/> Trabajos cualificados de industria y servicios			
<input type="checkbox"/> Profesión liberal.				<input type="checkbox"/> Ama/o de casa.			
<input type="checkbox"/> Personal Directivo, Alto Funcionario/ a Cuadros Superiores.				<input type="checkbox"/> Otras Profesiones.			
<input type="checkbox"/> Cuadro Funcionarios/as Medios.				<input type="checkbox"/> Jubilado/a;Incapacitado/a; Inactivo/a.			
<input type="checkbox"/> Empleado/a de oficina.				<input type="checkbox"/> Desempleado/a.			
				<input type="checkbox"/> Estudiante.			
1.2 PERSONA INTERESADA 2							
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		
DNI/NIE/PASAPORTE:		SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		FECHA NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:	
POBLACIÓN DE NACIMIENTO:		PROVINCIA:		PAÍS:		NACIONALIDAD:	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (señalar con una X)							
<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ED. PRIMARIA <input type="checkbox"/> ANTIGUO GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> E.S.O. O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> BACHILLERATO, BUP O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO MEDIO, 1 ^{ER} GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> F.P. GRADO SUPERIOR, 2 ^º GRADO O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA/GRADO							
OCUPACIÓN ACTUAL:							
<input type="checkbox"/> Empresario/a con asalariados.				<input type="checkbox"/> Vendedor/a.			
<input type="checkbox"/> Empresario/a sin asalariados.				<input type="checkbox"/> Personal Subalterno.			
<input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta propia.				<input type="checkbox"/> Capataz o similar de industria y servicios.			
<input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por cuenta ajena.				<input type="checkbox"/> Trabajos cualificados de industria y servicios			
<input type="checkbox"/> Profesión liberal.				<input type="checkbox"/> Ama/o de casa.			
<input type="checkbox"/> Personal Directivo, Alto Funcionario/ a Cuadros Superiores.				<input type="checkbox"/> Otras Profesiones.			
<input type="checkbox"/> Cuadro Funcionarios/as Medios.				<input type="checkbox"/> Jubilado/a;Incapacitado/a; Inactivo/a.			
<input type="checkbox"/> Empleado/a de oficina.				<input type="checkbox"/> Desempleado/a.			
				<input type="checkbox"/> Estudiante.			
2 DATOS DE RESIDENCIA							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
DATOS DE CONTACTO:							
PERSONA INTERESADA 1:	TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				
PERSONA INTERESADA 2:	TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

3	DATOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR		
3.1	RELACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE SE OFRECEN		
<input type="checkbox"/>	SOLO/A:	<input type="checkbox"/>	SOLTERO/A
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	VIUDO/A
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SEPARADO/A - DIVORCIADO/A
<input type="checkbox"/>	MATRIMONIO: FECHA DE CONSTITUCIÓN:	<input type="checkbox"/>	PAREJA DE HECHO. AÑO DE INICIO DE LA CONVIVENCIA:
3.2	HIJOS E HIJAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR		
3.2.1	HIJOS E HIJAS COMUNES DE LA PAREJA		
	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	BIOLÓGICO/A O POR ADOPCIÓN
			FECHA INCORPORACIÓN A LA FAMILIA (en caso de adopción)
3.2.2	HIJOS E HIJAS DE ANTERIORES MATRIMONIOS Y/O PAREJAS		
	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	BIOLÓGICO/A O POR ADOPCIÓN
			PERSONA INTERESADA CON LA QUE TIENE RELACIÓN FILIAL
3.3	HIJOS E HIJAS QUE NO CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR		
	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	COMUNES DE LA PAREJA O DE ALGUNO DE ELLOS
3.4	OTROS MIEMBROS QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO		
	NOMBRE Y APELLIDOS	RELACIÓN/PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO
			OCUPACIÓN

4	OFRECIMIENTO PARA ACOGER
CIRCUNSTANCIAS DEL NIÑO O DE LA NIÑA DISPUESTOS A ACOGER (indicar lo que procede)	
<input type="checkbox"/>	Un solo niño o niña de hasta años de edad
<input type="checkbox"/>	Un grupo de hasta hermanos de edades entre hasta años.
<input type="checkbox"/>	Un niño o niña con problemas de salud especiales (enfermedad crónica, grandes prematuros, retrasos madurativos, etc)
<input type="checkbox"/>	Un niño o niña portador o portadora del VIH o con enfermedad del SIDA.
<input type="checkbox"/>	Un niño o niña portador o portadora del VHC o con hepatitis C.
<input type="checkbox"/>	Un niño o niña con antecedentes hereditarios de riesgo de enfermedad y/o retraso mental.
<input type="checkbox"/>	Un niño o niña víctima de violencia sexual.
<input type="checkbox"/>	Un niño o niña con fracasos previos en acogimiento o adopción.
<input type="checkbox"/>	Un niño o niña con alguna discapacidad <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial
<input type="checkbox"/>	Otras. Especificar:

5	DOCUMENTACIÓN, CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES
5.1	DE CADA UNA DE LAS PERSONAS INTERESADAS SE PRESENTARÁ LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: (original o copia para su cotejo)
<input type="checkbox"/>	Certificado de nacimiento.
<input type="checkbox"/>	Fotografía.
<input type="checkbox"/>	Libro de familia o certificado acreditativo del período de convivencia efectiva, en caso de parejas de hecho.
<input type="checkbox"/>	Certificado médico que acredite su estado físico y psíquico. En caso de enfermedad, deberá constar el diagnóstico y pronóstico y el grado de discapacidad, si la hubiera.

5	DOCUMENTACIÓN, CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES (Continuación)			
5.1	DE CADA UNA DE LAS PERSONAS INTERESADAS SE PRESENTARÁ LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: (original o copia para su cotejo)			
<input type="checkbox"/>	Certificado de actividad laboral o profesional.			
<input type="checkbox"/>	Otros. Especificar:			
5.2	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS			
PERSONA INTERESADA 1:				
<input type="checkbox"/>	Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.			
	Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....
PERSONA INTERESADA 2:				
<input type="checkbox"/>	Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.			
	Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....
5.3	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES			
PERSONA INTERESADA 1:				
<input type="checkbox"/>	Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:			
	Documento	Administración Pública	Fecha emisión/ presentación	Órgano
				Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....
PERSONA INTERESADA 2:				
<input type="checkbox"/>	Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:			
	Documento	Administración Pública	Fecha emisión/ presentación	Órgano
				Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó
1	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....
5.4	CONSENTIMIENTOS EXPRESOS			
PERSONA INTERESADA 1:				
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE				
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)				
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.			
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.			
CONSENTIMIENTO EXPRESO RESIDENCIA				
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)				
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.			
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.			
CONSENTIMIENTO EXPRESO DATOS IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS (I.R.P.F)				
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)				
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO al órgano gestor para recabar sus datos de I.R.P.F. a través de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.			
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada de la Declaración del I.R.P.F. o documentación acreditativa de ingresos.			
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES				
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)				
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de inexistencia de antecedentes penales a través del Sistema de Verificación de Datos.			
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta certificado de antecedentes penales.			

5.4	CONSENTIMIENTOS EXPRESOS (Continuación)
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de inexistencia de antecedentes de delitos de naturaleza sexual a través del Sistema de Verificación de Datos.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta certificado negativo de antecedentes de delitos de naturaleza sexual.	
PERSONA INTERESADA 2:	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO RESIDENCIA	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DATOS IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS (I.R.P.F)	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO al órgano gestor para recabar sus datos de I.R.P.F. a través de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada de la Declaración del I.R.P.F. o documentación acreditativa de ingresos.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de los datos de inexistencia de antecedentes penales a través del Sistema de Verificación de Datos.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta certificado de antecedentes penales.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de inexistencia de antecedentes de delitos de naturaleza sexual a través del Sistema de Verificación de Datos.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta certificado negativo de antecedentes de delitos de naturaleza sexual.	

6	LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN						
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES:							
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAIS:		CÓD. POSTAL:
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Apellidos y nombre:							
DNI/NIE:							
Correo electrónico:							
Nº teléfono móvil:							

7	DECLARACIÓN, OFRECIMIENTO, FECHA, LUGAR Y FIRMA
Las personas abajo firmantes, DECLARAN que son ciertos cuantos datos figuran en el presente ofrecimiento y en la documentación adjunta, muestran su disposición para realizar las sesiones informativas, formativas, de preparación, entrevistas, cuestionarios, pruebas psicométricas y otras que se consideren necesarias, y SE OFRECEN para el acogimiento familiar.	
En a de de	
LAS PERSONAS INTERESADAS	
Fdo.:	Fdo.:

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA Y FAMILIAS cuya dirección es Avda. Hytasa, 14, 41071
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cips@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para el ofrecimiento para el acogimiento familiar, cuya base jurídica es Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>