

SOLICITUD

MEDIACIÓN FAMILIAR GRATUITA (a cumplimentar por cada una de las partes en conflicto que solicite el beneficio de la mediación familiar gratuita)

Orden de de de 2013 por la que se aprueban los modelos de solicitud de inscripción básica, modificación, prórroga y cancelación en el Registro de Mediación Familiar de Andalucía, de designación de persona mediadora y de mediación familiar gratuita y el documento de aceptación del proceso de mediación.
(BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y, EN SU CASO, DEL REPRESENTANTE LEGAL								
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		
DNI/PASAPORTE/NIE:	ESTADO CIVIL:		NACIONALIDAD:			SEXO: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO:						
Domicilio								
TIPO DE	NOMBRE DE LA VÍA:			NÚMERO:	LETRA	ESCALERA:	PLANTA	PUERTA:
MUNICIPIO:			PROVINCIA:				C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				
Datos de la persona representada, en su caso.								
APELLIDOS:				NOMBRE:		DNI/PASAPORTE/NIE:		

2 DERECHO DE ASISTENCIA JURÍDICA GRATUITA	
Reconocimiento del derecho a la asistencia jurídica gratuita en relación con el mismo conflicto familiar para el que se solicita mediación. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

3 COMPOSICIÓN E INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR							
APELLIDOS Y NOMBRE:					PARENTESCO ¹ :		
DNI/PASAPORTE/NIE:	AUTORIZA CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD ² : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE NACIMIENTO:	INGRESOS ³ :			
AUTORIZA CONSULTA DE DATOS TRIBUTARIOS ⁴ : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			FIRMA ⁵				
APELLIDOS Y NOMBRE:					PARENTESCO ¹ :		
DNI/PASAPORTE/NIE:	AUTORIZA CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD ² : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE NACIMIENTO:	INGRESOS ³ :			
AUTORIZA CONSULTA DE DATOS TRIBUTARIOS ⁴ : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			FIRMA ⁵				
APELLIDOS Y NOMBRE:					PARENTESCO ¹ :		
DNI/PASAPORTE/NIE:	AUTORIZA CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD ² : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE NACIMIENTO:	INGRESOS ³ :			
AUTORIZA CONSULTA DE DATOS TRIBUTARIOS ⁴ : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			FIRMA ⁵				
3 COMPOSICIÓN E INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (continuación)							
APELLIDOS Y NOMBRE:					PARENTESCO ¹ :		
DNI/PASAPORTE/NIE:							

	AUTORIZA CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD ² : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE NACIMIENTO:	INGRESOS ³ :
AUTORIZA CONSULTA DE DATOS TRIBUTARIOS ⁴ : <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FIRMA ⁵		

1 Señalar si se trata de la persona SOLICITANTE, CÓNYUGE, PAREJA DE HECHO, HIJO/A, PADRE O MADRE, etc.
2 En caso de que no se autorice la consulta de datos de identidad deberá aportarse fotocopia autenticada del DNI/Pasaporte/NIE.
3 Esta casilla deberá ser siempre cumplimentada por todos los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años. Se especificarán los ingresos o renta correspondientes al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido a la fecha de la presente solicitud. En caso de no haber percibido ingresos se consignará NO PERCIBIO.
4 En caso de prestar su consentimiento para la consulta electrónica de sus datos tributarios por parte de la Consejería de Salud y Bienestar Social, marcar con una esta casilla. En caso contrario, deberá presentar la documentación que, al efecto, se detalla en el apartado 6.
5 Las personas firmantes autorizan el suministro de datos tributarios a la Consejería de Salud y Bienestar Social, o Entidades colaboradoras o Instrumentales, a los efectos de comprobación de los datos y/o requisitos que resultan exigibles al amparo de la normativa vigente.

4	CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES
---	---------------------------

La persona solicitante se encuentra en uno de los supuestos siguientes:

Ostentar la condición de ascendiente de una familia numerosa de categoría especial.
 Tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.
 Tener reconocida la pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, en el caso de pensionistas de la Seguridad Social.
 Tener reconocida la pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad, en el caso de pensionistas de Clases Pasivas.

5	ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO EXPRESO
---	-------------------------------------

La presente solicitud conlleva la aceptación de lo establecido en la Ley 1/2009, de 27 de febrero, reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el Decreto 37/2012, de 21 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de dicha Ley, así como lo dispuesto en la Orden de 2013 por la que se aprueban los modelos de solicitud de inscripción básica, modificación, prórroga y cancelación en el Registro de Mediación Familiar de Andalucía, de designación de persona mediadora y de mediación familiar gratuita y el documento de aceptación del proceso de mediación y demás disposiciones de pertinente aplicación.

La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para que la Consejería de Salud y Bienestar Social realice la consulta electrónica de los datos referidos a la persona solicitante que se señalan a continuación:

Ser titular de Familia numerosa de categoría especial.
 El grado de discapacidad (ha de ser igual o superior al 33%).
 La Inscripción en el Registro de Parejas de Hecho de Andalucía.

El/la solicitante y/o representante legal

..... Firma:

6	DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Todas las copias deberán ser auténticas o estar autenticadas)
---	--------------------------------------------------------------------------------------

No será necesario que se adjunte a esta solicitud de mediación gratuita, la documentación que sea coincidente con la aportada en la solicitud de designación de persona mediadora.

Documento Nacional de Identidad en vigor de cada una de las personas que componen la unidad familiar que no den su consentimiento para que la Administración pueda consultar sus datos de identidad.
 En el supuesto de no tener la nacionalidad española, documento acreditativo de la identificación personal en vigor.
 Certificado de empadronamiento de la unidad familiar que acredite su residencia en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
 Libro de familia o documentación acreditativa de la relación de parentesco entre los miembros de la unidad familiar.
 Aquellas personas que no presten su consentimiento a la consulta electrónica de sus datos tributarios, deberán aportar, con carácter general, la Declaración del IRPF referida al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido a la fecha de la presente solicitud. En los supuestos de aquellas personas que no tengan obligación de presentar la declaración del IRPF, certificado de retenciones de rendimientos percibidos o, en su defecto, declaración responsable de ingresos.

En los casos en los que proceda:

Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) reconociendo la condición de pensionista por incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez.
 Resolución acreditativa del órgano competente de reconocimiento de la pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad, en el supuesto de pensionistas de Clases Pasivas.
 En el caso de que la persona solicitante tenga reconocido el derecho de asistencia jurídica gratuita en relación con el mismo conflicto familiar para el que se solicita la mediación, deberá acompañar a esta solicitud únicamente la documentación relativa a sus datos de identidad y empadronamiento, junto con el certificado acreditativo de dicho reconocimiento.

En caso de no haber prestado el consentimiento para la consulta electrónica, deberá presentar, si procede:

Documentación acreditativa de tener la consideración de familia numerosa de categoría especial
 Certificado del grado de discapacidad igual o superior al 33%
 Certificado de inscripción en el Registro de Parejas de Hecho.

6	DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Todas las copias deberán ser auténticas o estar autenticadas)(continuación)
<input type="checkbox"/> Otra/s (indicar, en su caso, documentación específica)	

.....
.....
.....

7	DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
---	-----------------------------------------------------

DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se adjunta. La falsedad de los datos declarados o de la documentación aportada conllevará la exclusión de la solicitud, sin perjuicio de la exigencia de cualquier otro tipo de responsabilidad en que se haya podido incurrir, y SOLICITO lo interesado

En a de de

Fdo.:

ILMO/A SR/A DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE

PROTECCIÓN DE DATOS
 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 Salud y Bienestar Social, le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/ formulario y demás que se adjuntan 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 ejercer las competencias que tiene atribuidas esta Consejería. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social. Avda. Hytasa, 14, Edificio Junta de Andalucía, 41071-Sevilla.