

ANEXO I

Solicitud de ayuda económica para apoyar el acogimiento familiar de menores

1.- Tipo de ayuda que solicita:

<input type="radio"/>	Acogimiento familia extensa	<input type="radio"/>	Acogimiento familia seleccionada	<input type="radio"/>	Acogimiento programa de urgencia
-----------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	----------------------------------

2.- Datos del acogedor/a interesado/a:

NIF/NIE/ Pasaporte		Nacionalidad		Fecha de nacimiento	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido			Correo electrónico		
Domicilio	Tipo vía	Nombre vía	Nº		
Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CP	Localidad
Provincia	País	Teléfono1		Teléfono 2	

3.- Entidad bancaria (el interesado debe aparecer como titular):

IBAN	Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta

4.- Datos de el/la representante:

NIF/NIE	Nombre	Primer apellido
Segundo apellido	Teléfono	Correo electrónico

5.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº	Bloque	
	Escalera	Piso	Puerta	CP	Localidad
	Provincia				

6.- Datos del cónyuge o pareja acogedor/a:

NIF/NIE/Pasaporte	Nacionalidad	Fecha nacimiento
Nombre	Primer apellido	
Segundo apellido	Teléfono	

7.- Datos del menor o menores acogido/s:

7.1. Menores acogidos parientes del solicitante

NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>

NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>

NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>

NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>

NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>

7.2. Menores acogidos sin parentesco con el solicitante

NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>

NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>



NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>

NIF/NIE		Fecha de nacimiento		Parentesco	
Nombre			Primer apellido		
Segundo apellido					
General o sin especial dificultad	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por discapacidad igual o superior al 33% y/o dependencia y/o atención temprana	<input type="checkbox"/>	Especial dificultad por motivos graves de salud física o mental	<input type="checkbox"/>

7.3. Menores acogidos en el programa de acogimiento de urgencia

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha nacimiento

¿Se encuentra en situación de disponibilidad? Marcar sólo en caso afirmativo.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

8.- Documentación requerida:

Documentos que se acompañan a la solicitud	
PARA TODAS LAS MODALIDADES:	
Pasaporte (en caso de carecer de D.N.I.)	<input type="checkbox"/>
En caso de actuar mediante representante legal, poder o acreditación	<input type="checkbox"/>
EN CASO DE ESPECIAL DIFICULTAD POR PADECER EL MENOR DISCAPACIDAD IGUAL O MAYOR DEL 33%, Y/O DEPENDENCIA, Y/O NECESIDAD DE ATENCION TEMPRANA (SALVO PROGRAMA DE URGENCIA):	
Tarjeta acreditativa del grado discapacidad o certificación del órgano oficial competente de otra Comunidad Autónoma.	<input type="checkbox"/>
Reconocimiento de dependencia por parte del órgano oficial competente de otra Comunidad Autónoma.	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo de motivos graves de salud física o mental expedido por un facultativo del sistema público de salud.	<input type="checkbox"/>

La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos. Si el interesado se opone, deberá presentar la correspondiente documentación.	Marcar solo si se opone a la consulta y aporta documento (*)
PARA TODAS LAS MODALIDADES:	
DNI / NIE del solicitante	<input type="checkbox"/>
EN CASO DE ESPECIAL DIFICULTAD POR PADECER EL MENOR DISCAPACIDAD IGUAL O MAYOR DEL 33%, Y/O DEPENDENCIA, Y/O NECESIDAD DE ATENCION TEMPRANA (SALVO PROGRAMA DE URGENCIA):	



Tarjeta acreditativa del grado de discapacidad o certificación del órgano oficial competente de la Comunidad de Madrid	<input type="checkbox"/>
Reconocimiento de dependencia por parte del órgano oficial competente de la Comunidad de Madrid	<input type="checkbox"/>
Dictamen de valoración del Centro Regional de coordinación y Valoración Infantil (CRECOVI) sobre la necesidad de atención temprana	<input type="checkbox"/>

(*) La posibilidad de hacer la consulta telemática o de oponerse a la misma y presentar el documento es en aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

9.- Declaración responsable:

El interesado que suscribe la presente solicitud declara responsablemente no estar incurso en las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario de subvenciones públicas en los términos del artículo 13.2 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones (BOE nº 276, de 18 de noviembre de 2003).

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

FIRMA

Puede consultar la información sobre protección de datos en la página siguiente.

DESTINATARIO	Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad Dirección General de Infancia, Familias y Natalidad
---------------------	---