



AYUNTAMIENTO DE OLIVARES
 AREA DE BIENESTAR SOCIAL
 Tfno: 954 11 2820 Fax.: 955718488

SOLICITUD

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL MUNICIPAL 2020

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Apellidos y Nombre:		
D.N.I.:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Domicilio:		
Teléfonos de contacto:		

2. DATOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR ¿Tipo de prestación que percibe y cuantía mensual?	¿Tiene PRÉSTAMO HIPOTECARIO o ALQUILER? Cuantía mensual
Del solicitante:	SI ___ NO ___
De su unidad familiar:	Cuantía mensual:
Total:	

3. PERIODO DE COTIZACIÓN.

Indique si usted se encuentra en una situación que requiera de un contrato que una duración inferior a 15 días para así completar el período de cotización que le de derecho a nuevas prestaciones.

SI ___NO___ Tiempo en días _____

4. DECLARACIÓN RESPONSABLE AUTORIZACIÓN EXPRESA

___ **Autorizo** al Ayuntamiento de Olivares para que realice las verificaciones y consultas de residencia.

___ **Autorizo** al Departamento de Servicios Sociales para que realice las verificaciones y consultas de la/s persona/ dependientes.
 D/D^a. _____ al cargo de la persona solicitante.

___ **Autorizo** al Ayuntamiento de Olivares para que pueda verificar los datos reflejados en la presente solicitud con los medios oportunos, así como solicitar información a otras administraciones.

5. DECLARACIÓN.

Declaro que son ciertos cuantos datos anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad de los mismos pueden ser motivo de la anulación de mi expediente o de la ayuda concedida.

FIRMA DEL/LA SOLICITANTE

Fdo. _____ Fecha: _____

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, el Ayuntamiento de Olivares y el Departamento de Servicios Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante el cumplimiento de este documento y demás que se adjuntan, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado denominado "SIUSS", sin que pueda ser utilizado para finalidades distintas o ajenas al Programa de Urgencia Social Municipal. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Ayuntamiento de Olivares, al Departamento de Servicios Sociales, en C/ Cartuja, n.º 11 – 41804 – Olivares-Sevilla.



SOLICITUD

PROGRAMA DE PREVENCION DE LA EXCLUSION SOCIAL MUNICIPAL 2020

6. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO							
NºMiembros:_____	SOLICITANTE	CONYUGUE /PAREJA	H1	H2	H3	H4	H5
NºHijas/os:_____							
Apellidos y Nombre							
Fecha de Nacimiento. Edad							
Discapacidad	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___
Victima Violencia de género	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___
Estudiante universitario o de Grado Medio o Superior	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___
INGRESOS MENSUALES (media de los 12 meses anteriores a la fecha de la solicitud)	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___
Ha realizado actividad laboral en los últimos 12 meses	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___
SALARIO QUE PERCIBE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Prestación Económica Actual o anterior Señalar cuantía	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___	SI ___ NO___
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____