



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

SOLICITUD

PROGRAMA DE URGENCIA SOCIAL MUNICIPAL 2019

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/Dª. _____ 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.



AYUNTAMIENTO DE OLIVARES

AREA DE BIENESTAR SOCIAL

Tfno: 954 11 2820 Fax.: 955718488

SOLICITUD

PROGRAMA DE URGENCIA SOCIAL MUNICIPAL 2019

6. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO

NºMiembros: _____ NºHijas/os: _____	SOLICITANTE	CONYUGUE /PAREJA	H1	H2	H3	H4	H5
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 ____