

ANEXO I

**PROGRAMA DE ACCIÓN SOCIAL DE PERSONAL
FUNCIONARIO (NO DOCENTE) Y PERSONAL LABORAL**

(Para todas las modalidades, excepto la ayuda complementaria por hijo)

EXPEDIENTE N.º/.....

DATOS DEL SOLICITANTE:

D/D^a N.I.F. n.º -

Calle/Plaza Número Piso

Localidad C.P. Provincia

Teléf. Trabajo / Teléf. Móvil / Teléf. Particular

Correo Electrónico JCCM.: / Correo Electrónico particular:

DATOS PROFESIONALES:

(En la modalidad de defunción indicar los datos profesionales del fallecido)

Funcionario Sanitario Local: { (Médico / A.T.S.): Area de salud Funcionario de Carrera
 (Veterinario / Farmacéutico) Funcionario Interino
 Personal Laboral fijo
 Personal Laboral temporal

Registro de Personal n.º Cuerpo, Escala o Categoría

Denominación del Puesto de Trabajo

Consejería u Organismo Autónomo Servicios Centrales Servicios Periféricos

Localidad Provincia

Al amparo de lo dispuesto en la Orden de 12 de diciembre de 2005, de la Consejería de Administraciones Públicas, por la que se regula el Programa de Acción Social, **SOLICITA** la concesión de una Ayuda por importe de euros en la siguiente modalidad: *(Utilizar una solicitud independiente por cada modalidad de ayuda)*

- ESTUDIOS** (del empleado público): - enseñanzas medias (Bachillerato, CAP, FP, etc.)
- enseñanzas universitarias para el curso de la Carrera
- ESTUDIO DE IDIOMAS** (del empleado público)
- NUPCIALIDAD**

- NATALIDAD o ADOPCIÓN**
 COMEDOR ESCOLAR EN EDUCACIÓN INFANTIL o PRIMARIA
 ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE HIJOS MENORES DE 24 AÑOS
 GUARDERÍA
 AYUDA POR ENFERMEDAD CELIACA DE LOS HIJOS

Para su hijo/a:
Nombre:
1.º Apellido
2.º Apellido
Fecha de nacimiento:
(Utilizar una solicitud independiente por cada hijo y modalidad de ayuda)

- AYUDA POR ASCENDIENTE A CARGO**
- PRÓTESIS MÉDICAS** *(Utilice una única solicitud para todas las prótesis de todos los miembros de la unidad familiar con derecho a ayuda)*
- ATENCIÓN ESPECIAL HIJOS DISCAPAC.** **SEPELIO** **DEFUNCIÓN** **AYUDA POR EMERGENCIA SOCIAL**

De ser necesario, por la modalidad de ayuda solicitada, indique la documentación que adjunta:

Libro de Familia o Certificado del Registro de Parejas de hecho Justificante acreditativo del gasto *(Factura, Matricula, etc.)*

Otros:

DECLARACIÓN JURADA

Declaro no haber percibido, ni haber solicitado anteriormente, ayuda económica alguna por el supuesto de hecho u objeto de la solicitud que antecede a esta declaración, de ninguna entidad o mutualidad, pública o privada.

En caso de haber percibido alguna cantidad indicar cuantía y entidad.
Importe euros. Entidad

El plazo de presentación de solicitudes del Programa de Acción Social comenzará el 1 de enero y concluirá el 30 de abril, salvo en las modalidades de Ayuda por nupcialidad, natalidad o adopción, Ayuda por defunción, Ayuda por sepelio y Ayuda por emergencia social, que será de 6 meses a contar desde que se produjere el hecho causante.

En a de
(Lugar, fecha y firma)

SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Avda. de Portugal, s/n. 45071 TOLEDO