


AÑO
NÚMERO

Registro de entrada

ANEXO: SOLICITUD ACCIÓN SOCIAL**DATOS PERSONALES**

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DOMICILIO (Calle y número)	C.P.	LOCALIDAD	TELÉFONO TRABAJO TELÉFONO PARTICULAR
PUESTO DE TRABAJO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	CENTRO DE TRABAJO	

PERSONA BENEFICIARIA:

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:

N.I.F. imprescindible para mayores de 14	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	Percibe ingresos SI / NO
				CÓNYUGE ⁽¹⁾		
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

⁽¹⁾INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL / SMS: SÍ NO**TIPO DE PRESTACIÓN QUE SE SOLICITA (marcar con una X)**

<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD PERSONAL. - Resolución de reconocimiento de discapacidad <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD HIJOS/AS DOCUMENTACIÓN: 1.-Facturas originales acreditativas de todos los gastos, incluyendo transporte y comedor, en su caso. 2.- Resolución de reconocimiento de discapacidad. 3.- Documento acreditativo de matriculación durante el presente curso en centro docente autorizado para Educación Especial. 4.- Libro de familia, en su caso, o documento acreditativo de la vinculación.	INDICAR UNA DE LAS DOS OPCIONES: <input type="checkbox"/> Adjunto Resolución de reconocimiento de discapacidad. <input type="checkbox"/> Autorizo a obtener, de forma electrónica o por otros medios, de acuerdo con el artículo 6 b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, los datos personales de Discapacidad. En el caso de no conceder autorización a la Administración, quedo obligado/a a aportar personalmente los datos/documentos relativos al procedimiento junto a esta solicitud.
<input type="checkbox"/> ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO Importe: _____ Plazo (meses): _____ Importe máximo: 6000 €. Plazo mínimo 13 meses y plazo máximo: 60 meses	INDICAR MOTIVO _____ _____ <input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA SITUACIÓN DE NECESIDAD

Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad, comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo a la Administración Pública Regional en el plazo máximo de diez días desde su concesión, autorizando para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social y la Agencia Tributaria. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada.

Murcia, a _____ de _____ de _____
(firma)

En aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal de 14 de diciembre de 1999, se le informa que los datos que recoge este formulario forman parte del fichero de Acción Social, siendo recabados con la finalidad de realizar el tratamiento asociado a la gestión de Ayudas de Acción Social.

- EXCMO. SR. CONSEJERO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.**
 EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDADES.
 ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

PRESTACIÓN	CONCEPTO	MÁXIMOS	REQUISITOS	DOCUMENTACIÓN
DISCAPACIDAD PERSONAL	Prestación económica de pago único para apoyar al personal discapacitado de la Administración Regional.	Hasta 150 €	Discapacidad igual o superior al 33%.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud (solo en caso de no haberla obtenido anteriormente, o no estar en vigor la resolución de reconocimiento que aportó). • Resolución de reconocimiento de discapacidad (o autorización para la obtención de la misma).
DISCAPACIDAD HIJO/A	Gastos de educación especial o rehabilitación.	Hasta 1000€	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditar Discapacidad. • Matriculación en Centro autorizado Educación Especial. • Facturas originales de todos los gastos. • Libro de familia, en su caso, o documento acreditativo de la vinculación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud. • Resolución de reconocimiento de discapacidad (o autorización para la obtención de la misma). • Certificación o documento acreditativo de matriculación o inscripción en centro docente autorizado para Educación Especial.
ANTICIPO EXTRAORDINARIO	A cuenta de las retribuciones, reintegrable en plazos mensuales sin interés y destinada a situaciones de necesidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 6.000,00 € • Plazo máximo devolución: 60 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • No tener pendiente otro anticipo. • La retribución no pueden quedar por debajo del SMI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud. • Nómina del mes anterior. • Documentación acreditativa de la situación de necesidad, en su caso.