

SOLICITUD DE PLAZA PARA EL PLAN CORRESPONSABLES

Señalar el programa o programas en los cuales desea participar:

Junio curso 2023/2024

Programa Aula Matinal. Junio 13:00 a 14:00



DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES

DATOS DE LA MADRE

Nombre					
Primer apellido			Segundo apellido		
N.º DNI / NIE / Pasaporte/ Otros					
Teléfono		E mail			
Dirección				Número	
Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal	Municipio

DATOS DEL PADRE

Nombre					
Primer apellido			Segundo apellido		
N.º DNI / NIE / Pasaporte/ Otros					
Teléfono		E mail			
Tipo de vía	Nombre de vía		Número		
Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal	Municipio

DATOS MENOR/ES PARA QUIEN SE SOLICITA EL SERVICIO

Menor 1	Nombre	Apellidos		
Fecha de nacimiento	DNI			
<p>Presenta el/la menor necesidades especiales que precisen adaptación</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa</p>				
<p>Se han acordado medidas judiciales de proceso de familia (medidas paternofiliales, divorcio o separación)</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa</p>				
<p>Se ha dictado orden de protección y, en su caso, se incluye además de medidas cautelares penales, medidas civiles sobre menores hijos comunes de las partes?</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa</p>				
Personas a las que autorizo para recoger al menor del centro	Nombre y apellidos	DNI/NIE	Relación con el menor	TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA
Otras personas de contacto en caso de urgencia	Nombre y apellidos	DNI/NIE	Relación con el menor	TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

Menor 2	Nombre	Apellidos		
Fecha de nacimiento	DNI			
<p>Presenta el/la menor necesidades especiales que precisen adaptación</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa</p>				
<p>Se han acordado medidas judiciales de proceso de familia (medidas paternofiliales, divorcio o separación)</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa</p>				
<p>Se ha dictado orden de protección y, en su caso, se incluye además de medidas cautelares penales, medidas civiles sobre menores hijos comunes de las partes?</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> Especificar y en este caso adjuntar documentación justificativa</p>				
Personas a las que autorizo para recoger al menor del centro	Nombre y apellidos	DNI/NIE	Relación con el menor	TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA
Otras personas de contacto en caso de urgencia	Nombre y apellidos	DNI/NIE	Relación con el menor	TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

Duración y horario solicitados

El uso del programa es				
Para días sueltos		<input checked="" type="checkbox"/>		
Para determinadas semanas		<input checked="" type="checkbox"/>		
Para todo el mes		<input checked="" type="checkbox"/>		
Fecha de inicio			Fecha de fin	
Mismo horario en caso de más de un menor (dejar en blanco si no es el caso)				
Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>		
Especificar:				
Horario				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Observaciones				

Motivo por el cual solicita el participar en el programa o programas

- Contratación laboral de ambos progenitores incompatibles para el cuidado de los menores.
- Asistencia a programas formativos.
- Situaciones excepcionales sobrevenidas (tratamientos médicos, enfermedad grave, juicios, entrevistas profesionales)...
- Familias monomarentales y monoparentales (Acreditada mediante libro de familia si consta un/a progenitor/a. En caso de existencia de dos progenitores/as: Libro de familia y diligencia/certificado de fallecimiento, separación o divorcio, sentencias de separación o divorcio, convenio regulador o declaración jurada de separación de hecho y no convivencia con el otro progenitor/a).

- Víctimas de violencia de género
- Mujeres en situación de desempleo de larga duración.
- Mujeres mayores de 45 años.
- Unidad familiar en la que existe otra carga relacionada con cuidados a personas dependientes.

DECLARACION

En el caso de que haya una SEPARACIÓN DE HECHO, declara bajo juramento o promesa que no convive con el padre/madre del niño/a que figura en el Libro de Familia.

Fdo: _____

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

- Fotocopia del DNI /NIE/ Pasaporte de la persona/s responsable/s del/de la menor.
- Fotocopia del Libro de Familia.
- Fotocopia Tarjeta sanitaria del / la menor
- Justificante de necesidad de conciliación mediante certificado de empresa donde conste el horario laboral o declaración jurada.
- Justificante de admisión en actividad formativa, donde se especifiquen horarios y fechas u otra documentación que acredite la necesidad de acceder al programa donde se especifiquen horarios y fechas (cita médica, entrevista, taller...)
- Fotocopia de sentencia de separación y convenio regulador.
- Documentación específica (familia monomarental, monoparental, víctima de violencia de género)
- Fotocopia resolución del grado de discapacidad / dependencia del /la menor o miembros de la Unidad familiar

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.-

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Asimismo, también pueden ser usados para otras actividades, como enviarle publicidad o promocionar nuestras actividades.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:

AYUNTAMIENTO DE MUNERA.

Plaza de la Constitución 1, 02612 Munera (Albacete)

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Permisos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

 Consiento que se utilice mi número de teléfono para que el AYUNTAMIENTO DE MUNERA pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.

 Consiento que se utilice el correo electrónico facilitado para que SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA pueda comunicarse conmigo.

 Consiento que se utilice mi imagen en internet y otros medios similares para su publicación a través de las redes sociales con el fin de dar a conocer la entidad y difundir su actividad.

 Consiento la cesión de mis datos personales a: AYUNTAMIENTO DE MUNERA.

 En el caso de personas menores de 14 años o incapaces, deberá otorgar su permiso el padre, madre o tutor del menor o incapaz.

Autorizo a Servicios Sociales de Atención Primaria a compartir comunicación de datos personales a nivel interadministrativo.

Autorizo a Servicios Sociales de Atención Primaria al tratamiento de información económica

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB.

Firma del interesado (en su caso, padre, madre o tutor):

Nombre y apellidos:

DNI:

DECLARACIÓN JURADA AUTÓNOMOS/AS

D. _____ con DNI _____,
con domicilio en Munera, _____ N° _____

Declaro bajo juramento que:

Desempeño mi puesto de trabajo como _____ con
un horario laboral de _____

Declaro que utilizaré sólo el Programa Corresponsables cuando coincida con mi horario
laboral

Munera, _____ de _____ de _____

Fdo: _____