

CLASE DE PARENTESCO	¿ES EXTRANJERO? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	DISCAPACIDAD (INDIQUE SI O NO)	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (1)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (2)
Solicitante	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor.....	<input type="text"/>	XXXXXXXX	<input type="checkbox"/>
Madre/Tutor	<input type="text"/>	XXXXXXXX	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(1) SITUACIÓN LABORAL. INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVA/O; D) DESEMPLEADA/O; I) INVALIDEZ; J) JUBILADA/O; M) AMA/O DE CASA.
 (2) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

CASOS DE ACOGIMIENTO/TUTELA INSTITUCIONAL	
CIF DE LA INSITUACIÓN	DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
<input type="text"/>

A FIRMAR POR TODAS/OS LAS/OS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA FAMILIA

Las/os abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad, autorizando a las Administraciones Educativas para obtener los datos necesarios para determinar la renta y patrimonio familiares a efectos de la ayuda a través de las Administraciones Tributarias y de la Dirección General del Catastro.

Firmas:

Padre del/de la solicitante Madre del/de la solicitante Otros miembros:

CERTIFICACIONES

A) A CUMPLIMENTAR POR EL/LA SECRETARIO/A O DIRECTOR/A DEL CENTRO ESPECÍFICO, ORDINARIO CON UU.EE. O QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:

D./D^a.....

Secretario-a/Director-a del centro docente

Código

TIPO DE CENTRO:

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS ESPECÍFICO ORDINARIO CON UU.EE.
CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

CERTIFICO que el/la alumno/a al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este centro para el curso académico 2014/15. Asimismo, y por la presente certificación, me comprometo a, en caso de que no llegara a ocupar plaza o causara baja durante el curso, comunicar esta circunstancia en el plazo máximo de un mes al órgano gestor correspondiente para que, si procediese, fuera revocada dicha ayuda.

....., a dede 2014

Firmado:

.....

Sello

B) ACREDITACIÓN DE LA NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO (A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS)

D./D^a:

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a

está escolarizado/a en el centro

Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:

DISCAPACIDAD TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA T.D.A.H. DERIVADO ALTA CAPACIDAD

DE DISCAPACIDAD O

ESCOLARIZACIÓN MÁS TEMPRANA
(MENORES DE DOS AÑOS)

TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA

PARA PROPUESTAS DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE o de AYUDA PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

Asimismo **certifico, como justificación de la ayuda solicitada** que el alumno tiene necesidad de recibir:

REEDUCACIÓN

PEDAGÓGICA

LENGUAJE

ASISTENCIA A PROGRAMAS ESPECIFICOS PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

DURACIÓN PREVISIBLE DE LA ASISTENCIA o DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO

En, a dede 2014

Firmado:

Sello

C) A CUMPLIMENTAR POR EL INSPECTOR DE LA ZONA O DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN DEPENDIENTE DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS PARA SOLICITUDES DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE

D./D^a:

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a

1º.- Necesita recibir reeducación pedagógica o del lenguaje por la inexistencia o insuficiencia de la atención pedagógica en el centro en que está escolarizado.

2º.- Resulta inviable la matriculación del alumno en un centro que disponga del servicio de reeducación requerido.

Lo que firmo como justificación de la ayuda solicitada en, a dede 2014

Firmado:

Sello

D) A CUMPLIMENTAR POR EL GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y DEL LENGUAJE O EL PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

D./D^a:

Con Nº DE COLEGIADO Y NIF

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a:

Está recibiendo los siguientes tratamientos:

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA - CUANTÍA MENSUAL

- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE - CUANTÍA MENSUAL

-Asiste al PROGRAMA ESPECIFICO A. CON ALTAS CPACIDADES: - CUANTÍA MENSUAL

DURACIÓN DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO o DE LA ASISTENCIA

En el supuesto de no prestar el servicio solicitado, se pondrá en conocimiento de la Unidad de Becas provincial.

....., a dede 2014

Firmado:

A CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE AUTORIZAR AL CENTRO A PERCIBIR LA AYUDA

D./ D.^a, padre, madre o tutor/a del/ de la solicitante, autoriza al director/a del centro, en el que se encuentra matriculado/a el/la solicitante de ayuda para que, en caso de ser beneficiario/a de la misma, perciba su importe a través de la cuenta corriente de dicho centro.

(FIRMA)

RESGUARDO DE PRESENTACIÓN

SOLICITUD DE AYUDAS PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO.

CURSO 2014- 2015

NOMBRE Y APELLIDOS N.I.F.

DOMICILIO

CENTRO DE ESTUDIOS

ESTUDIOS QUE REALIZA

ESTE RESGUARDO NO ES VÁLIDO SIN EL SELLO Y FECHA DE LA OFICINA RECEPTORA