





**SOLICITUD DE AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD  
ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO  
CURSO 2018-2019**

**G. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 31/12/ 2017 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)**

CLASE DE PARENTESCO (1)	¿ES EXTRANJERO? (INDIQUE SI O NO)	N.I.F./NIE	APELLIDOS Y NOMBRE (EN CASO DE LOS HERMANOS DEL SOLICITANTE, DEBEN SER MENORES DE 25 AÑOS O MAYORES CON DISCAPACIDAD)	FECHA DE NACIMIENTO	DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE O HERMANOS (INDIQUE SI O NO)	ESTADO CIVIL (2)	CUSTODIA O GUARDA LEGAL (INDIQUE SI O NO)	CUSTODIA COMPARTIDA (INDIQUE SI O NO)	PROFESIÓN O ESTUDIOS QUE REALIZA	SITUACIÓN LABORAL (3)	LOCALIDAD DE TRABAJO O ESTUDIO	SUSTENTADOR/A PRINCIPAL DE LA FAMILIA (4)
Solicitante .....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Padre/Tutor.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	XXXXXXX	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Madre/Tutora	.....	<input type="text"/>	.....	.....	XXXXXXX	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	<input type="text"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	

(1) Lea detenidamente las instrucciones (tabla 1) antes de cumplimentar los posibles parentescos de los miembros de su unidad familiar

(2) En el caso de que el padre/tutor o madre/tutora del solicitante sea SEPARADO O DIVORCIADO, DEBERÁ CUMPLIMENTAR LAS DOS COLUMNAS SIGUIENTES SOBRE CUSTODIA O GUARDA LEGAL. EN CASOS DE CUSTODIA COMPARTIDA DEBERÁ INCLUIR ÚNICAMENTE A AMBOS PADRES DEL ESTUDIANTE QUE TENGAN LA CUSTODIA, LOS HIJOS COMUNES A AMBOS Y, EN SU CASO, ASCENDIENTES QUE CONVIVAN.

(3) SITUACIÓN LABORAL, INDICARÁ: E) ESTUDIANTE; A) ACTIVO/A; D) DESEMPLEADO/A; I) INVALIDEZ; J) JUBILADO/A; M) AMO/A DE CASA.

(4) ESTE APARTADO SERÁ CUMPLIMENTADO POR LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA.

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

**A FIRMAR POR TODOS LOS MIEMBROS COMPUTABLES DE LA UNIDAD FAMILIAR**

Los abajo firmantes declaran bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad y autorizan a las Administraciones Educativas a obtener de otras Administraciones los datos de identificación, circunstancias personales, residencia, académicos, familiares, de renta y patrimonio, que resulten necesarios para la resolución de la solicitud.

Firmas:

Padre del solicitante      Madre del solicitante      Otros miembros: .....



**H. SITUACIONES A EFECTOS DE DEDUCCIONES**

MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFIQUE LA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRÍAN A 31 DE DICIEMBRE DE 2017.

- CONDICIÓN DE FAMILIA NUMEROSA : GENERAL   
 ESPECIAL
- CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD(\*). GRADO DE DISCAPACIDAD igual o superior a 33%: N° afectados .....
- SOLICITANTE CON DISCAPACIDAD MOTÓRICA SUPERIOR AL 65%
- HERMANOS UNIVERSITARIOS DEL SOLICITANTE QUE ESTUDIAN FUERA DEL DOMICILIO FAMILIAR (Indique nº.....)
- ORFANDAD ABSOLUTA DEL SOLICITANTE

(\*). Referida al hermano/a del solicitante o al propio solicitante (no a los padres). Indique número de personas de la unidad familiar afectadas.

**I. INFORMACIÓN ECONÓMICA**

**I.A) A CUMPLIMENTAR POR TODOS LOS SOLICITANTES**

Durante el año 2017, ¿algún miembro de la unidad familiar fue autónomo o tuvo ingresos procedentes de alguna actividad económica desarrollada a través de cualquier entidad en la que el conjunto de los miembros de la unidad familiar tuviera una participación igual o superior al 50%? (Elija la opción que proceda)

SÍ  NO

En caso afirmativo, cumplimente la siguiente información:

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE POSEE LA PARTICIPACIÓN	EMPRESA/ACTIVIDAD	CIF/NIF	PORCENTAJE EXACTO DE PARTICIPACIÓN	INGRESOS TOTALES ANUALES BRUTOS OBTENIDOS POR LA EMPRESA/ACTIVIDAD

Durante el año 2017, ¿algún miembro de la unidad familiar ha obtenido rentas en el extranjero, que no hayan sido declaradas en España?

SÍ  NO

En caso afirmativo, consigne a continuación el miembro de la unidad familiar que las obtuvo, la cantidad en la moneda que corresponda, según el país en el que se han percibido. Deberá justificarlo documentalmente.

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE OBTUVO INGRESOS EN EL EXTRANJERO	NIF/NIE	PAÍS	MONEDA	INGRESOS TOTALES BRUTOS DURANTE 2017

**I.B) A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE POR LOS SOLICITANTES PARA QUIENES SE DEN CONJUNTAMENTE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:**

**1º NO HABER PRESENTADO DECLARACIÓN DE IRPF CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2017**

**2º CON DOMICILIO FISCAL EN LA C. F. DE NAVARRA O DEL PAÍS VASCO DURANTE ESE EJERCICIO DE 2017**

**3º HABER OBTENIDO INGRESOS, INCREMENTOS PATRIMONIALES O POSEER INMUEBLES FUERA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE ESTÉ DOMICILIADO EN 2017**

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR. INDIQUE NOMBRE Y APELLIDOS	NIF/NIE	INGRESOS OBTENIDOS EN COMUNIDAD AUTÓNOMA DISTINTA DE AQUELLA EN LA QUE ESTÁ DOMICILIADO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL IMPORTE	INCREMENTO PATRIMONIAL OBTENIDO EN COMUNIDAD AUTÓNOMA DISTINTA DE AQUELLA EN LA QUE ESTÁ DOMICILIADO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL IMPORTE	PROPIEDADES INMOBILIARIAS SITUADAS EN COMUNIDAD AUTÓNOMA DISTINTA DE AQUELLA EN LA QUE ESTÁ DOMICILIADO. INDIQUE SU VALOR CATASTRAL

**I.C) A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE POR LOS SOLICITANTES PARA QUIENES SE DEN CONJUNTAMENTE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:**

**1º NO HABER PRESENTADO DECLARACIÓN DE IRPF CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2017**

**2º CON DOMICILIO FISCAL EN CUALQUIER COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA DISTINTAS A LA C. F. DE NAVARRA O DEL PAÍS VASCO DURANTE ESE EJERCICIO DE 2017**

**3º HABER OBTENIDO INGRESOS, INCREMENTOS PATRIMONIALES O INMUEBLES EN LA C.F. DE NAVARRA O EN EL PAÍS VASCO EN 2017**

MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR. INDIQUE NOMBRE Y APELLIDOS	NIF/NIE	INGRESOS OBTENIDOS EN NAVARRA O PAÍS VASCO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL IMPORTE	INCREMENTO PATRIMONIAL OBTENIDO EN NAVARRA O PAÍS VASCO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL IMPORTE	PROPIEDADES INMOBILIARIAS EN NAVARRA O PAÍS VASCO. INDIQUE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EL VALOR CATASTRAL



**INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE DE ESTA AYUDA:**

En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero denominado Becas y Ayudas SGBecas.

- La unidad responsable de este fichero es la Dirección General de Planificación y Gestión Educativa.
- La finalidad de este tratamiento es la tramitación de las convocatorias de becas y ayudas y, en su caso, la revocación de las mismas.
- El tratamiento de estos datos está legitimado por la propia normativa reguladora de las convocatorias de becas y por la competencia de los órganos encargados de su tramitación establecida en las normas que regulan la estructura orgánica del Departamento Ministerial.
- Serán destinatarias de los datos otras administraciones, en los supuestos en que sea necesario para tramitar y resolver la solicitud así como en los supuestos legalmente establecidos.
- El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, portabilidad de los datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas.

Puede consultar información adicional sobre la incorporación de datos de carácter personal en la página 6 de este impreso.

---

**El solicitante de esta ayuda o su padre/madre/tutor en el caso de ser menor de edad DECLARA:**

- Que acepta las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que queda enterado de que la inexactitud de las circunstancias declaradas dará lugar a la denegación o revocación de la ayuda, sin perjuicio del resto de responsabilidades en que pudiera incurrir legalmente.
- Que tiene conocimiento de la incompatibilidad de estas ayudas y que en caso de obtener otra beca o ayuda procedente de cualquier Administración o entidad pública o privada deberá comunicarlo a la Administración Educativa.
- Que manifiesta su consentimiento para recibir comunicaciones mediante correo electrónico, sms certificados (en el número de teléfono indicado en su solicitud) o ser notificado por comparecencia en Sede Electrónica del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Esto último significa que debe acceder regularmente a dicha Sede Electrónica para comprobar si ha recibido alguna notificación.
- Que desea recibir el importe de la beca (elija una de las dos opciones):
  - A través de la cuenta corriente indicada en la solicitud de beca, de la que el alumno beneficiario es titular o cotitular
  - A través del centro educativo en el que va a realizar sus estudios, e indicado en esta solicitud, para lo cual adjunto autorización.
- En caso de resultar adjudicatario de la ayuda, autoriza al Ministerio de Educación y Formación Profesional a ceder al centro educativo los datos relativos a la ayuda concedida a efectos de que se lleven a cabo las tareas de verificación y control requeridas en la convocatoria.

En (lugar) .....a (fecha).....

FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL PADRE/MADRE/TUTOR  
en el caso de alumnos menores de edad

Fdo.: .....



**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE INCORPORACIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Responsable: DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EDUCATIVA

Datos de contacto del responsable: C/Alcalá, 34, 28004-MADRID

Contacto del Delegado de Protección de Datos: Oficina de Atención al Ciudadano dpd@mecd.es

Finalidad: TRAMITACIÓN DE SOLICITUDES DE BECAS Y AYUDAS ASÍ COMO SU REVOCACIÓN, SI PROCEDE

Plazo o criterios de conservación: EL ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA REGULADORA DE ARCHIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN y, en todo caso, durante el tiempo necesario para la tramitación y recursos.

Decisiones automatizadas: NO EXISTEN

Legitimación o base jurídica: NORMATIVA REGULADORA DE LAS BECAS Y AYUDAS. REAL DECRETO DE ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO.

Destinatarios

Otras administraciones en caso de que sea necesario para la tramitación y resolución y en los supuestos legalmente establecidos.

Derechos

Formulario para el ejercicio de los derechos <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/catalogo/mecd/varios/proteccion-datos.html>

Autoridad de Control

AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCION DE DATOS <https://www.aepd.es/>

Procedencia

LOS DATOS LOS PROPORCIONA EL INTERESADO tanto para la convocatoria actual como para convocatorias anteriores en las que haya participado.

Asimismo, se obtienen datos a través de consulta a otras administraciones, previa autorización del interesado.

Categoría de Datos Personales

IDENTIFICATIVOS, PERSONALES, ACADÉMICOS Y ECONÓMICOS del solicitante, así como de los integrantes de la unidad familiar

---

**NOTA: PARA CONSERVAR UN RESGUARDO DE SU SOLICITUD, FOTOCOPIE TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD Y SOLICITE QUE LE SELLEN EN EL CENTRO EDUCATIVO LA COPIA, CON INDICACIÓN DE LA FECHA EN QUE SE HA PRESENTADO.**

**SIN ESTA COPIA SELLADA, USTED NO TENDRÁ UN COMPROBANTE VÁLIDO DE HABER SOLICITADO LA AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO.**

**SI CUMPLIMENTA ESTA SOLICITUD EN PAPEL Y QUIERE OBTENER INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO DE TRAMITACIÓN, DEBE DARSE DE ALTA EN SEDE ELECTRÓNICA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL, EN LA DIRECCIÓN DE INTERNET: <https://sede.educacion.gob.es/portada.html> Y ACCEDER POR “MIS TRÁMITES”.**

CENTRO DE ESTUDIOS: .....

FECHA DE PRESENTACIÓN: .....

SELLO:

**MODELOS DE CERTIFICACIONES PARA ADJUNTAR A LA SOLICITUD DE AYUDA**

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

(Obligatoria para todos los solicitantes, para acreditar el cumplimiento del requisito establecido en el artículo 2.3)

D/D<sup>a</sup> .....

Secretario-a/Director -a del centro docente .....Código .....

TIPO DE CENTRO:

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS       ESPECÍFICO       ORDINARIO CON UU.EE.

CON N.E.E DE APOYO EDUCATIVO

CERTIFICO que el alumno al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este centro para el curso académico 2018/19. 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 ..... de .....de 2018

Firmado: .....

**Sello**

**B) ACREDITACIÓN DE LA NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO establecida en los artículos 2.1 y 3.1 (A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS)**

D/D<sup>a</sup> .....

CERTIFICA:

Que el alumno .....

está escolarizado en el centro .....

Que presenta necesidad específica de apoyo educativo derivada de:

DISCAPACIDAD

TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA

T.D.A.H.

(DE CONFORMIDAD  
CON LO DISPUESTO EN  
EL ARTÍCULO 1 A) DE LA  
CONVOCATORIA)

ALTA CAPACIDAD

ESCOLARIZACIÓN MÁS TEMPRANA (MENORES   
DE DOS AÑOS

**PARA PROPUESTAS DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE o de AYUDA PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES (DEBERÁN CUMPLIMENTAR LOS SIGUIENTES CERTIFICADO E INFORME ESPECÍFICO para acreditar los requisitos establecidos en los artículos 7.6 b) 2º y 8.2.b) 1º)**

**CERTIFICADO**

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

**INFORME ESPECÍFICO**

\* DESCRIBA DETALLADAMENTE LA ASISTENCIA o SERVICIO QUE SE CONSIDERAN NECESARIOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 7.6 Y 8.2 DE LA CONVOCATORIA, ASÍ COMO LAS CARACTERÍSTICAS O CONDICIONES que debe reunir para garantizar las necesidades que presenta el alumno (contenido, actividades, recursos, objetivos a conseguir, seguimiento, etc.) .

\*INDIQUE EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES QUE SE CONSIDERAN NECESARIAS PARA LA CORRECCIÓN Y LA DURACIÓN TOTAL PREVISIBLE DE LA ASISTENCIA O SERVICIO NECESARIOS

\*INDIQUE, EN SU CASO, EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES QUE EL CENTRO PRESTA PARA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y/O DEL LENGUAJE

\*DURACIÓN PREVISIBLE DE LA ASISTENCIA O DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO

En ....., a ..... de .....de 2018

Firmado: .....

Sello



**C) A CUMPLIMENTAR POR EL INSPECTOR DE LA ZONA PARA SOLICITUDES DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE (Artº. 7.6 b) 1º**

D./Dª. ....

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a .....

1º.- Necesita recibir reeducación

PEDAGÓGICA

DEL LENGUAJE

por la inexistencia o insuficiencia de recursos para dicha atención en el centro en que está escolarizado, de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 7.6.b) de la convocatoria de estas ayudas.

2º.- Asimismo certifica que 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 ..... de .....de 201\_

Firmado: .....

Sello

**D) A CUMPLIMENTAR POR EL REEDUCADOR, GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y DEL LENGUAJE O EL PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES Arts. 7.6 b) 3º y 4º y**

**8. 2 b) 2º**

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE PRESTA EL SERVICIO**

D./Dª .....

Con Nº DE COLEGIADO ..... NIF .....

PROFESIÓN/ESPECIALIDAD .....

(EN SU CASO): CENTRO EN EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO:

.....

CIF .....

**CERTIFICA:**

Que el/la alumno: .....

Recibirá los siguientes tratamientos:

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA  - CUANTÍA MENSUAL .....

- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE  - CUANTÍA MENSUAL .....

-Asistirá al PROGRAMA ESPECIFICO A. CON ALTAS CAPACIDADES:  - CUANTÍA MENSUAL .....

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

**MEMORIA**

\*Describir detalladamente EL SERVICIO o ASISTENCIA que se van a prestar en relación con las necesidades del alumno (contenido, objetivos, características, actividades, recursos, agrupaciones..., seguimiento etc..). Detállese la cualificación profesional o ESPECIALISTA que imparte este servicio o programa.

\*Indique el número de HORAS SEMANALES Y la DURACIÓN PREVISIBLE DEL SERVICIO o PROGRAMA

En ....., a ..... de .....de 201\_

Firmado: .....

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

(SÓLO PARA SUPUESTOS DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y/O DEL LENGUAJE):

Asimismo, DECLARO: Que reúno los requisitos de formación a los que se hace referencia en el artículo 7.6.b) 4º de la convocatoria de estas ayudas.

En ....., a ..... de .....de 201\_

Firmado: .....

**A CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE AUTORIZAR AL CENTRO A PERCIBIR LA AYUDA**

D./D<sup>a</sup> .....

Padre/madre o tutora del/de la solicitante, autoriza al Director/a del Centro

.....

En el que va a cursar sus estudios 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

En .....a .....de .....de 201\_

Firmado: .....