

ANEXO II
SOLICITUD DE AYUDA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR.
CURSO 2022/2023

Código IAPA: nº 1067 Modelo nº 692

1. DATOS DEL CENTRO ESCOLAR DONDE EL ALUMNO/A CURSARÁ LOS ESTUDIOS	
NOMBRE DEL CENTRO	CÓDIGO DEL CENTRO
PROVINCIA	LOCALIDAD

2. DATOS DEL ALUMNO/A				
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
DNI/NIF	SEXO: <input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER	TELÉFONOS	NACIONALIDAD	FECHA NACIMIENTO
DOMICILIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	LOCALIDAD	

2.1. DATOS DEL PRÓXIMO CURSO ESCOLAR:	
ETAPA: <input type="checkbox"/> 2º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> E.S.O.	CURSO:

2.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:	
DIETA ESPECIAL: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. ESPECIFICAR TIPO DE DIETA: _____ IMPORTANTE: Deberá adjuntar certificado médico emitido por el especialista que lo acredite.	TIPO DE HABITUALIDAD: <input type="checkbox"/> HABITUAL: asistirá todos los días lectivos <input type="checkbox"/> HABITUAL DISCONTINUO: deberá tener una asistencia mínima mensual del 50% de los días en que se preste servicio de comedor. Deberá presentar el CALENDARIO DE ASISTENCIAS antes del día 1 de cada mes. FECHA COMIENZO DE ASISTENCIA: / /

3. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR	
(Imprescindible cumplimentar los dos solicitantes o marcar la casilla de monoparental si sólo hay un solicitante)	

3.1. DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES						
	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIE	Parentesco con el alumno	CORREO -E
1º					Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/>	
2º					Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> FAMILIA MONOPARENTAL (un único responsable familiar, ya sea por razón de reconocimiento legal por un solo progenitor, por viudedad, por divorcio o por abandono), y lo acredita mediante la presentación de la siguiente documentación: <input type="checkbox"/> Copia del Libro de Familia <input type="checkbox"/> Otros (indicar): _____						

4. DATOS ECONÓMICOS Referidos al periodo impositivo 2020 (que es el plazo de presentación vencido inmediatamente anterior a la presentación de solicitud)	
<input type="checkbox"/> No autorizan a la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa para recabar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos fiscales que posea relativos a los ingresos de la unidad familiar.	
TOTAL INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DEL EJERCICIO 2020: _____, ____ € (Rellenar sólo en caso de no autorizar el cruce con Hacienda o de no haber presentado declaración de IRPF)	

5. CIRCUNSTANCIAS SOCIO-FAMILIARES. <u>Marcar si declara alguna de las siguientes condiciones:</u>	
<input type="checkbox"/> ALUMNO CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> No autorizan a la Consejería de Educación para la obtención de datos de los alumnos relativos a la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad expedida en Castilla y León, o la tarjeta está expedida en otra CCAA, y aportan copia de la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad, certificado o resolución sobre reconocimiento de grado de discapacidad.	
<input type="checkbox"/> FAMILIA NUMEROSA Nº de título: ____/____/____ Válido hasta: ____/____/____ CATEGORÍA: <input type="checkbox"/> GENERAL <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> No autorizan a la Consejería de Educación para la obtención de datos relativos al título de familia numerosa reconocido y expedido en Castilla y León o el título está expedido en otra CCAA, y aportan copia del título de familia numerosa en vigor.	

OTRAS SITUACIONES:	
SITUACIÓN	DOCUMENTACIÓN QUE APORTA
<input type="checkbox"/> ALUMNO EN RÉGIMEN DE ACOGIMIENTO FAMILIAR O RESIDENCIAL	<input type="checkbox"/> Copia de la Resolución de Acogimiento
<input type="checkbox"/> SOLICITANTE DE CONDICIONES ESPECIALES DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> Copia de la orden de protección a favor de la víctima o del informe del Ministerio Fiscal o certificado de los Servicios Sociales o Sanitarios de la Admón. Autónoma o local.
<input type="checkbox"/> ALUMNO VÍCTIMA DE TERRORISMO	<input type="checkbox"/> Copia del informe del Mº del Interior o de la resolución de reconocimiento por la Admón. Gneral. del Estado o de sentencia judicial firme en que se hubiese reconocido.
<input type="checkbox"/> SITUACIÓN CARENCIAL ESPECÍFICA	<input type="checkbox"/> Informe acreditativo de los Servicios Sociales

6. AUTORIZO QUE LOS RECIBOS DEL COMEDOR SEAN CARGADOS EN LA SIGUIENTE CUENTA:

DNI/NIE:	NOMBRE:	APELLIDO 1:	APELLIDO 2:
Nº CUENTA (CÓD IBAN):			

7. LA SITUACIÓN HA SIDO REVISADA POR EL CONSEJO ESCOLAR DEL CENTRO

A cumplimentar por el Consejo Escolar si no autorizan cruce con Hacienda o presentan documentación complementaria:

TOTAL INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DEL EJERCICIO 2020: _____, ___ €

Y la documentación entregada es: CORRECTA INCORRECTA Fecha de la revisión: _____

Los abajo firmantes, cuyos datos han quedado consignados, SOLICITAN la ayuda de comedor escolar para el alumno indicado y DECLARAN BAJO SU RESPONSABILIDAD:

- Que aceptan las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que quedan enterados de que la inexactitud de las circunstancias declaradas podrá dar lugar a la denegación de la ayuda.
- Que tienen conocimiento de que, en caso de obtener otra beca o ayuda para el comedor escolar, deberá comunicarlo a la Administración Educativa.
- Que, en el caso de serle reconocido el derecho a la gratuidad parcial del servicio de comedor, manifiesta su compromiso de pagar la diferencia hasta la totalidad del precio establecido del menú en la cuenta arriba consignada.
- Que se comprometen a la asistencia habitual al comedor escolar.
- Que quedan enterados de que esta solicitud de ayuda de comedor lleva implícita la solicitud de plaza de comedor escolar, por lo que se comprometen a asistir al mismo desde la fecha de comienzo de asistencia indicada, y a cancelar la asistencia de acuerdo con las normas reguladoras del servicio público del comedor escolar. En caso de renuncia a la plaza de comedor deberán presentar la *solicitud de baja de plaza de comedor* en su centro educativo conforme al Anexo correspondiente.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa con la finalidad de tramitar su solicitud de ayuda de comedor escolar. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el Portal de Educación: <http://www.educa.jcyl.es/familias/es/servicios/comedores-escolares> así como en la Aplicación de Comedores Escolares y en sede electrónica: <https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionElectronica/es/Plantilla100Detalle/1251181053840/Ayuda012/1209383392824/Propuesta>

En _____, a ____ de _____ de _____

Firmas (todos los solicitantes que aparecen en el punto 3.1)

ILMO. DIRECTOR/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU SOLICITUD:

LA DESCARGA Y PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD TAMBIÉN SE PUEDE REALIZAR A TRAVÉS DE INTERNET:

<https://comedoresescolares.jcyl.es>

- SI YA ESTÁ REGISTRADO: introduzca usuario y contraseña, seleccione *GENERAR NUEVA SOLICITUD DE AYUDAS CURSO 2022/23*
- SI AÚN NO ESTÁ REGISTRADO puede hacerlo llamando al teléfono de información al ciudadano 983 327 850 (012) e introduciendo en la aplicación el número de solicitud y código de verificación que le proporcionarán.

RESGUARDO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE AYUDAS DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2022/2023

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO.....
 DOMICILIO
 CENTRO DONDE SE PRESENTA LA SOLICITUD.....

(fecha y sello del centro)

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