

AYUDAS DE ACCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL CONSORCIO DE SALUD

TIPO DE AYUDA QUE SE SOLICITA

(Señalar con una X en la casilla correspondiente) Se presentará una solicitud diferente para cada tipo de ayuda

AYUDAS DE ESTUDIO PARA EMPLEADOS	<input type="checkbox"/>	AYUDAS PARA MINUSVÁLIDOS	<input type="checkbox"/>
AYUDAS DE ESTUDIOS PARA HIJOS Y HUERFANOS	<input type="checkbox"/>	AYUDAS PARA GUARDERÍAS	<input type="checkbox"/>
SUBSIDIO POR DEFUNCIÓN	<input type="checkbox"/>	INDENIZACIÓN POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ ABSOLUTA	<input type="checkbox"/>
COMPENSACIÓN DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRAFICO	<input type="checkbox"/>	APORTACIÓN PLAN DE PENSIONES CUANTIA APORTAR	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	N.I.F/N.I.E.
DOMICILIO (Calle, Avenida, Paseo, Plaza....)		LOCALIDAD	
PROVINCIA		C. POSTAL	TELEFONO
CENTRO DE TRABAJO		LOCALIDAD	TELÉFONO
LABORAL INDEFINIDO/FIJO (indicar fecha de ingreso)	<input type="checkbox"/>	LABORAL TEMPORAL (indicar fecha de ingreso)	<input type="checkbox"/>
		CONYUGE O HIJOS DEL EMP. FALLECIDO (Indicar fecha de fallecimiento del empleado)	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIOS DE LAS AYUDAS DE ESTUDIOS O GUARDERÍAS

APELLIDOS Y NOMBRE (Cuando no sea el propio solicitante indicar fecha de nacimiento)	FECHA DE NACIMIENTO	ESTUDIOS Y CURSO QUE REALIZA	GRUPO	DESPLAZAMIENTOS (Hijos Universitarios)

BENEFICIARIOS DE LAS AYUDAS A MINUSVÁLIDOS

APELLIDOS Y NOMBRE	GRADO MINUSVALIA

DECLARO BAJO JURAMENTO O PROMESA que no he percibido otra ayuda por el mismo concepto, que son ciertos los datos anteriores y quedo enterado/a de las responsabilidades que me asigna la normativa reguladora del sistema de prestaciones de Acción Social en el caso de existencia de cualquier deformación o falsedad consignada en la presente solicitud o en la documentación aportada.

En _____, a _____ de _____ 200____
(Firma del Solicitante)