**Solicitud**

**Ayudas sociales sin convocatoria previa**

|  |
| --- |
| **Datos del solicitante** |
| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** | **NOMBRE** |
|  |  |  |
| **D.N.I.**  | **TELÉFONO** | **CENTRO DE ADSCRIPCIÓN[[1]](#footnote-1)** | **PUESTO DE TRABAJO[[2]](#footnote-2)** |
|  |  |  |  |
| **DOMICILIO. Calle, núm., piso.** | **CÓDIGO POSTAL** | **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** |
|  |  |  |  |

1. Al reunir las siguientes condiciones previas necesarias para solicitar en general las ayudas sociales del artículo 31 del vigente ACUERDO FUNCIONARIAL:
2. que se halla en la situación en activo;
3. con más de seis meses ininterrumpidos de antigüedad en el CEIS-Rioja.
4. que concurrían las anteriores circunstancias cuando se produjeron los hechos causantes de la ayuda que aquí se solicita.
5. en el caso de ayudas vinculadas a la previa realización del hecho causante, que la ayuda se solicita y acredita dentro del plazo de TRES MESES siguientes a la fecha del hecho causante.
6. EXPONE que reúne las condiciones específicas que más abajo se señalan para la ayuda que solicita:

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos de la ayuda solicitada** |  |
| **([[3]](#footnote-3))** | **Ayuda** | **Hecho causante/Solicitud** | **Justificantes a adjuntar/Condiciones** | **([[4]](#footnote-4))** |
|  | **Por hijo o hermano con discapacidad** | **Su****D./Dña**  | **[[5]](#footnote-5),****,** | 1. Documento en el que se acredite la titularidad de tutela legal sobre la persona con discapacidad.
 |  |
|  |  | **sobre quien ejerce tutela legal, está a su cargo, y tiene una discapacidad igual o superior al 65%.** | 1. Fotocopia compulsada del documento que acredite el grado de discapacidad extendido por el correspondiente órgano de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
 |  |
|  | **Por nacimiento o adopción de hijo** | **El día** **de** **de** **,** **ha** **[[6]](#footnote-6)** **su hijo**  | 1. Certificación del Registro Civil o Libro de Familia.
 |  |
|  | **Por contraer matrimonio** | **El día** **de** **de** **,** **ha contraído matrimonio con**  | 1. Certificación del Registro Civil o Libro de Familia. Para el caso de uniones de hecho, certificación del registro correspondiente.
 |  |
|  | **Prótesis dentarias** | **Como** **[[7]](#footnote-7), D./Dña** **,****ha recibido la asistencia dentaria consistente en**  **[[8]](#footnote-8),** **cuyo importe total asciende a** **€,** **según la factura justificativa.** | 1. Solo para ORTODONCIA, fotocopia compulsada del documento facultativo que acredite la necesidad del hecho causante de la ayuda.
 |  |
|  |  |  | 1. En todo caso, fotocopia compulsada de la factura pagada en que quede acreditada la vinculación del material adquirido al hecho causante de la ayuda.
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos de la ayuda solicitada** |  |
| **(5)** | **Ayuda** | **Hecho causante/Solicitud** | **Justificantes a adjuntar/Condiciones** | **(5)** |
|  | **Prótesis oculares** | **Como** **7 ha recibido la asistencia óptica consistente en [[9]](#footnote-9), cuyo importe total asciende a , según la factura justificativa nº de fecha .** | 1. Sólo para CIRUGÍA, fotocopia compulsada del documento facultativo que acredite la necesidad del hecho causante de la ayuda.
 |  |
|  | **Prótesis ortopédicas** | **Como** **7,D./Dña****, ha recibido la asistencia ortopédica consistente en** **[[10]](#footnote-10), cuyo importe total asciende a** **€, según la factura justificativa.** | 1. En todo caso, fotocopia compulsada del documento facultativo que acredite la necesidad del hecho causante de la ayuda.
 |  |
| 1. En todo caso, fotocopia compulsada de la factura pagada en que quede acreditada la vinculación del material adquirido al hecho causante de la ayuda.
 |  |
|  | **Vehículos inválidos** | **Como** **7,D./Dña****,** **ha adquirido vehículo, cuyo importe total asciende a** **€, según la factura justificativa.** | 1. En todo caso, fotocopia compulsada del documento facultativo que acredite la necesidad del hecho causante de la ayuda.
 |  |
| 1. En todo caso, fotocopia compulsada de la factura pagada en que quede acreditada la vinculación del material adquirido al hecho causante de la ayuda.
 |  |
|  | **Prótesis auditivas** | **Como** **7,D./Dña****,** **ha adquirido audífono, cuyo importe total asciende a** **€, según la factura justificativa.** | 1. En todo caso, fotocopia compulsada del documento facultativo que acredite la necesidad del hecho causante de la ayuda.
 |  |
| 1. En todo caso, fotocopia compulsada de la factura pagada en que quede acreditada la vinculación del material adquirido al hecho causante de la ayuda.
 |  |
|  | **Anticipo reintegrable** | **Solicita el ANTICIPO de** **[[11]](#footnote-11) mensualidades RPT, a reintegrar por retención en nómina mediante** **[[12]](#footnote-12) mensualidades iguales.** | El solicitante declara:1. Que NO tiene en la actualidad cantidad alguna pendiente de reintegro por anticipos anteriormente concedidos.
2. Que, para el caso de desvincularse del CEIS-Rioja, se compromete al reintegro pleno de la cantidad total pendiente en ese momento.
 |

Por todo lo expuesto, **SOLICITA:**

Que tras los trámites oportunos, se conceda y libre la ayuda correspondiente.

**Solicitud firmada electrónicamente por el solicitante**

1. Indicar alguno de los PARQUES o SERVICIOS CENTRALES. [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicar BOMBERO CONDUCTOR, CABO, SARGENTO, ADMTVO etc. [↑](#footnote-ref-2)
3. Marcar con una X el tipo de ayuda que se solicita. [↑](#footnote-ref-3)
4. Marcar con una X cuando, por haberse ya presentado el justificante en el momento de solicitar el permiso retribuido correspondiente, NO SE ADJUNTA AHORA el justificante en cuestión. [↑](#footnote-ref-4)
5. Indicar HERMANO o HIJO. [↑](#footnote-ref-5)
6. Indicar NACIDO o SIDO ADOPTADO. [↑](#footnote-ref-6)
7. Indicar “T” (titular) o “B” (beneficiario menor de 18 años). [↑](#footnote-ref-7)
8. Indicar la correspondiente según listado del art. 31.2.6 del Acuerdo Funcionarial (por ejemplo: “endodoncia”). [↑](#footnote-ref-8)
9. Indicar la correspondiente según listado del art. 31.2.7 del Acuerdo Funcionarial (por ejemplo: “gafas de lejos”). [↑](#footnote-ref-9)
10. Indicar la correspondiente según listado del art. 31.2.8 del Acuerdo Funcionarial (por ejemplo: “plantillas ortopédicas”). [↑](#footnote-ref-10)
11. Indicar 1 ó 2 mensualidades. Cada mensualidad se compone de las retribuciones reconocidas en la Relación de Puestos de Trabajo RPT). [↑](#footnote-ref-11)
12. Indicar el número de cantidades mensuales iguales a retener en la nómina para el reintegro del anticipo solicitado: 12 mensualidades como máximo para el caso de haber solicitado la concesión de un anticipo de 1 mensualidad RPT; y 14 mensualidades para el caso de haber solicitado la concesión de un anticipo de 2 mensualidades. [↑](#footnote-ref-12)