



LE RECORDAMOS QUE PUEDE REALIZAR ESTA SOLICITUD DE FORMA MÁS SENCILLA POR INTERNET, EN LA DIRECCIÓN: <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html> LO QUE LE FACILITARÁ OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE TRAMITACIÓN DE SU AYUDA

**1. ESTUDIOS**

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2019/20 ..... ZONA

**A. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

NIF/NIE DEL/ALUMNO

NIF/NIE DEL PADRE/MADRE/TUTOR

(Ver instrucciones antes de cumplimentar estos datos del NIF/NIE)

PROFESIÓN DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL DE LA FAMILIA

SEXO HOMBRE

MUJER

FECHA DE NACIMIENTO

¿ES EXTRANJERA/O? SÍ  NO  NACIONALIDAD

CÓDIGO PAÍS

TELÉFONO FIJO (con prefijo)

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL

(Este dato es imprescindible para notificaciones, de acuerdo con lo

establecidos bases

de la convocatoria)

**B. DOMICILIO FAMILIAR (EN ESPAÑA)**

TIPO DE VÍA (Ver instrucciones)

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO

ESCALERA

PISO

LETRA

PROVINCIA

MUNICIPIO

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

**C. DATOS BANCARIOS: CUENTA O CARTILLA Y ENTIDAD donde desea percibir el importe de la ayuda:**

IBAN

ENTIDAD

OFICINA

DÍGITOS CONTROL

CUENTA

Si es la cuenta del solicitante, este deberá ser titular o cotitular de la cuenta. La cuenta deberá mantenerse abierta hasta haber cobrado todas las cantidades.

Si es la cuenta del centro educativo, por haber autorizado a este a percibir el importe de la ayuda, deberá cumplimentar también las siguientes casillas con el CIF DEL COLEGIO O ENTIDAD TITULAR DE LA CUENTA

**D. DATOS ACADÉMICOS (A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO)**

CENTRO EN EL QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2019/2020

CÓDIGO

DOMICILIO DEL CENTRO

LOCALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2019/20:

CURSO

E. INFANTIL

E. PRIMARIA

E.S.O.

BACHILLERATO

CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO

CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR

ENS. ARTÍSTICAS PROFES.

FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA

PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA

OTROS PROGRAMAS FORMATIVOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

(Disp. Ad. 4ª del R.D. 127/214)

**E. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN**

TIPO DE CENTRO:

RÉGIMEN DEL CENTRO

GRADO DE DISCAPACIDAD

COLECTIVO

Nº de miembros computables

**DEDUCCIONES**

Familia numerosa

Número de hermanas/os

Número de afectadas/os discapacidad igual o superior al 33 %

Solicitante con discapacidad motórica superior al 65%

Hermanos universitarios fuera del domicilio familiar

Orfandad absoluta

Ingresos extranjero

Euros

céntimos



**SOLICITUD DE AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD  
ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO  
CURSO 2019-2020**

**F. DATOS FAMILIARES REFERIDOS A 31/12/ 2018 (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"/>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	

(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 CON ELLOS.

(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: .....



**G. SITUACIONES A EFECTOS DE DEDUCCIONES**

MARQUE CON UNA X LA/S QUE CORRESPONDA/N Y JUSTIFIQUELA/S DOCUMENTALMENTE. PARA SER TENIDAS EN CUENTA DEBERÁ ACREDITARSE QUE CONCURRÍAN A 31 DE DICIEMBRE DE 2018.

- 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.

**H. INFORMACIÓN ECONÓMICA**

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

Durante el año 2018, ¿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 2018, ¿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 y 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 2018

**H.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 2018**

**2º CON DOMICILIO FISCAL EN LA C. F. DE NAVARRA O EN EL PAÍS VASCO DURANTE ESE EJERCICIO DE 2018**

**3º HABER OBTENIDO INGRESOS, INCREMENTOS PATRIMONIALES O POSEER INMUEBLES FUERA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE ESTÉ DOMICILIADO EN 2018**

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 Y LA FECHA EN QUE SE ACTUALIZÓ SU VALOR

**H.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 2018**

**2º CON DOMICILIO FISCAL EN CUALQUIER COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA DISTINTAS A LA C. F. DE NAVARRA O EL PAÍS VASCO DURANTE ESE EJERCICIO DE 2018**

**3º HABER OBTENIDO INGRESOS, INCREMENTOS PATRIMONIALES O INMUEBLES EN LA C.F. DE NAVARRA O EN EL PAÍS VASCO EN 2018**

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, EL VALOR CATASTRAL Y LA FECHA EN QUE SE ACTUALIZÓ SU VALOR



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

En cumplimiento de la normativa de protección de datos personales le informamos que sus datos serán incorporados al tratamiento denominado Becas y Ayudas SG Becas, titularidad del Ministerio de Educación y Formación Profesional, cuya información básica es la siguiente:

- Responsable del tratamiento: Dirección General de Planificación y Gestión Educativa
- Finalidad: Tramitación de las convocatorias de becas y ayudas y, en su caso, la revocación de las mismas.
- El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos, oposición y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas
- Los datos objeto del tratamiento son identificativos, personales, académicos y económicos del solicitante, así como de los integrantes de la unidad familiar, siempre que sean necesarios para la resolución de la solicitud de beca/ayuda.
- Aparte de los datos que proporciona el interesado también se obtienen datos a través de la consulta a otras administraciones, previa autorización del interesado.

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

---

**El alumno solicitante de esta ayuda o, en el caso de ser menor de edad, su padre/madre/tutor 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 adjunta 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.: .....



MINISTERIO  
DE EDUCACIÓN  
Y FORMACIÓN PROFESIONAL

## SOLICITUD DE AYUDA PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO CURSO 2019-2020

### INFORMACIÓN ADICIONAL DEL TRATAMIENTO BECAS Y AYUDAS S.G DE BECAS

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: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO, DOCUMENTACIÓN Y PUBLICACIONES, dpd@educacion.gob.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

Puede usted ejercitar los derechos de los artículos 15 al 22 del RGPD que sean de aplicación de acuerdo a la base jurídica del tratamiento. Podrá hacerlo en la sede electrónica del Ministerio, presencialmente en las oficinas de registro o por correo postal.

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

Autoridad de Control

AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN 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, cuando sean necesarios para la resolución de la solicitud de beca.

**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 "BUSCAR TRÁMITES".**

CENTRO DE ESTUDIOS: .....

FECHA DE PRESENTACIÓN: .....

SELLO:

MODELOS DE CERTIFICACIONES PARA ADJUNTAR A LA SOLICITUD DE AYUDA

A) CERTIFICACION DEL CENTRO (Para acreditar el cumplimiento del requisito establecido en el artículo 2.3):

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

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

CERTIFICA:

- Que el referido centro es de la tipología que se indica a continuación:

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON N.E. DE APOYO EDUCATIVO

ESPECÍFICO  ORDINARIO CON UU.EE.

- Que el alumno ..... tiene plaza en este centro para el curso académico 2019/20 y está matriculado en los siguientes estudios:

E. INFANTIL  E. PRIMARIA  E.S.O.  BACHILLERATO

CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO  CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR

ENS. ARTÍSTICAS PROFES. (MÚSICA Y DANZA)  CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL

F.P. BÁSICA  OTROS PROGRAMAS FORMATIVOS DE F.P. (Disp. Ad. 4<sup>a</sup> del R.D. 127/2014)

PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA

CURSO EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO EN LA ETAPA INDICADA

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 2019

Firmado: .....

**Sello**

(A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO)

AYUDAS PROPUESTAS: (Marque con X en el caso de que proceda propuesta, teniendo en cuenta las circunstancias y situación del centro y/o del alumno (ubicación, concurrencia de otras prestaciones, etc.)

A. ENSEÑANZA:

B. TRANSPORTE INTERURBANO:  (No procede si el alumno utiliza ruta escolar financiada por la Administración)

C. COMEDOR:  (No procede si el alumno disfruta de la gratuidad de este servicio)

D. RESIDENCIA:

E. TRANSPORTE FIN DE SEMANA:  (Sólo procede si el alumno reside en el centro específico de lunes a viernes durante el curso)

F. TRANSPORTE URBANO  (No procede si el alumno utiliza ruta escolar financiada por la Administración)

G. MATERIAL  (No procede en el caso de alumnos de Educación Infantil)

REEDUCACIÓN: P. PEDAGÓGICA  L. LENGUAJE

S. PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

OBSERVACIONES (Indique cualquier dato que considere de interés relacionado con la concurrencia de otras prestaciones en el centro, en especial si el alumno disfruta de precio reducido en las cuotas de comedor, transporte, enseñanza etc. En este caso indique el importe abonado durante el curso):

.....  
.....

**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 2019

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

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 del 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: .....