

COLECTIVO AL QUE PERTENECE:

Colectivo General-Menores de 25 años y mayores de 65 años con requisito general con responsabilidad familiar-
Autónomos-Convivencia con dependientes- VVG-Discapacitados- Otros (en ausencia de los anteriores)

**Anexo 4: Instancia
SELECCIÓN DE PERSONAL : Plan Empleo en Castilla La Mancha 2018.
25 PERSONAL DE APOYO EN GESTION**

FECHA:

DNI		FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDOS		
NOMBRE		
DIRECCION		LOCALIDAD
TELEFONO		
FECHA DE INSCRIPCION EN LA OFICINA DE EMPLEO (Es importante constatar este dato)		
MINUSVALIDO CERTIFICADO (Adjuntar certificado de discapacidad)	<input type="checkbox"/> NO	SI <input type="checkbox"/> %
SI HA REALIZADO FORMACION (DESDE 01/01/2017) Únicamente adjuntar fotocopias	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (TRAER FOTOCOPIA)
	TOTAL /HORAS _____ PUNTOS:	
Observaciones		

Los hijos que detallo a continuación, conviven en mi domicilio son menores de 25 años y no perciben rentas, incluidos estudiantes que deben adjuntar la fotocopia de la matrícula de estudios.

	APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS HIJOS MENORES DE 25 AÑOS	DNI	EDAD	DISCAPACITADO
1				SI <input type="checkbox"/>
2				SI <input type="checkbox"/>
3				SI <input type="checkbox"/>
4				SI <input type="checkbox"/>
5				SI <input type="checkbox"/>
6				SI <input type="checkbox"/>
TOTAL PUNTUACION CARGAS FAMILIARES	POR FAMILIARES (DISCAPACIDAD)	POR HIJOS	TOTAL	

Que las cargas familiares NO son compartidas (viudas/os, familias monoparentales ó separadas/os con sentencia judicial de impago de pensiones). Adjuntar acreditación

Que las cargas familiares SI son compartidas

FECHA	
OCUPACION SOLICITADA	PERSONAL DE APOYO EN GESTION PLAN EXTRAORDINARIO DE EMPLEO EN CLM 2018
APELLIDOS Y NOMBRE	

COLECTIVO AL QUE PERTENECE:

Colectivo General-Menores de 25 años y mayores de 65 años con requisito general con responsabilidad familiar-
Autónomos-Convivencia con dependientes- VVG-Discapacitados- Otros (en ausencia de los anteriores)

Relación de la situación económica de las personas que conviven en el mismo domicilio		Tipo de ingreso (La instancia deberá cumplimentarse íntegramente, en caso contrario podrá ser motivo de exclusión de esta convocatoria)	
Solicitante: Discapacitado: SI <input type="checkbox"/> Grado:		<input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía/ mes. _____ <input type="checkbox"/> Paro. Hasta el _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Hasta el _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Plan de empleo. Hasta _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos	
Parentesco con el solicitante: Nombre y apellidos: DNI: Discapacitado: SI <input type="checkbox"/> Grado:		<input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía/ mes _ Presentación de la última nómina _____ <input type="checkbox"/> Paro. Hasta el _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Hasta el _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Plan de empleo. Hasta _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos	
Parentesco con el solicitante: DNI: Nombre y apellidos: Discapacitado: SI <input type="checkbox"/> Grado:		<input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía/ mes _ Presentación de la última nómina _____ <input type="checkbox"/> Paro. Hasta el _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Hasta el _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Plan de empleo. Hasta _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos	
Parentesco con el solicitante: DNI: Nombre y apellidos: Discapacitado: SI <input type="checkbox"/> Grado:		<input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía/ mes _ Presentación de la última nómina _____ <input type="checkbox"/> Paro. Hasta el _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Hasta el _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Plan de empleo. Hasta _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos	
Gasto de alquiler ó hipoteca de vivienda		Tipo de Gasto	
Nombre y apellidos:		<input type="checkbox"/> Alquiler _____ Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Hipoteca _____ Cuantía/mes _____	
TOTAL MIEMBROS		TOTAL INGRESOS	
		TOTAL GASTOS	
		COCIENTE	

DECLARACION JURADA: El titular de esta solicitud declara que la información contenida es cierta , a la vez que autoriza al Ayuntamiento de Alcázar de San Juan, a realizar las gestiones oportunas para la verificación de las mismas pudiendo el Ayto desestimar la solicitud en caso de no ser demostrable la información facilitada por el usuario.

Firma del titular