

ANEXO I:

SITUACION SOCIOECONÓMICA Y DE EMPLEO

1.- IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE.

DNI		APELLIDOS Y NOMBRE
TELEFONO		EDAD
Según el ANUNCIO INDICA LA PLAZA A LA QUE TE PRESENTAS		

2.- SITUACION DE EMPLEO.

FECHA DE INSCRIPCIÓN EN LA OFICINA DE EMPLEO Adjuntar tarjeta de desempleo actualizada (DARDE) y debidamente sellada	
TITULACIÓN QUE APORTA REQUERIDA PARA EL PUESTO Adjuntar titulación que lo acredite	<input type="checkbox"/> Titulación reglada <input type="checkbox"/> Carnet de conducir <input type="checkbox"/> Justificación experiencia laboral para Operarios de servicios múltiples (contratos o certificados cursos).
<p>Si pertenece a alguno de los COLECTIVOS que indica la Orden y presentas algún certificado acreditativo. Indíquelo</p> <p>Colectivos a contratar conforme al Artículo 16 de la Orden 220/2024 de 27 de diciembre. Programa de Apoyo Activo al Empleo.</p> <p>En ausencia de los colectivos anteriores se procede a aplicar el Artículo 50 de la Ley 3/2023, de 28 de Febrero, de Empleo. A rellenar por el técnico: Indique el colectivo</p>	<input type="radio"/> A rellenar por la Entidad. Demandante no ocupado con una antigüedad de 360 días dentro de los 540 a fecha de registro de la oferta. <input type="radio"/> 30-66 años que no sean perceptores de prestación contributiva <input type="radio"/> Menores de 30 o mayores de 66 con resp. familiares o Informe SSSS. <input type="radio"/> Entre 30 y 66 . Autónomos según Artículo 16 a) 3º <input type="radio"/> Personas convivientes con dependientes según Artículo 16 a) 4º <input type="radio"/> Discapacitado o pensionista por incapacidad . Grado: <input type="radio"/> Jóvenes 18-29 con baja cualificación <input type="radio"/> Víctimas de Violencia de Género Solicita Seudonimización <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Personas con trastorno del espectro autista <input type="radio"/> Personas víctimas de trata de seres humanos <input type="radio"/> Colectivos que acrediten por sentencia discriminación laboral por su condición sexual <input type="radio"/> Las personas trabajadoras que, en los cinco años anteriores a la publicación de esta orden, hayan sido despedidos de acuerdo al Artículo 16 g) <input type="radio"/> Personas con inteligencia límite <input type="radio"/> OTROS COLECTIVO_ Según Art 50.1 de la Ley 3/2023, de 28 de Febrero, de Empleo
OBSERVACIONES	

En igualdad de puntuación, tendrán preferencia para participar las personas que no fueron contratadas en el marco de la convocatoria incluida en la Orden 176/2023, de 27 de julio, de la Consejería de Economía, Empresas y Empleo, por lo tanto **indique si ha sido contratado el año anterior en esta u otra localidad:**

SERVICIO	OCUPACION	FUNCIONES	DURACION	AÑO	AYTO
1.				2023-24	

SI HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN ESTE AYUNTAMIENTO U OTRO INDIQUELO, independientemente del año:

SERVICIO	OCUPACION	FUNCIONES	DURACION	AÑO	AYTO
1.					
2.					
3.					
4.					

3.- RESPONSABILIDADES FAMILIARES (Hijos hasta 25 años que no perciban rentas).

Documentación a aportar:

- Fotocopia de la matrícula de los hijos mayores de 16 años estudiantes.
- Hijos mayores de 16 años inscritos como demandantes de empleo certificado de prestaciones del SEPE.
- Libro de familia para acreditar las responsabilidades familiares y cualquier otra documentación que acredite las responsabilidades familiares no compartidas (sentencia impago de pensiones, Certificados de viudedad, etc.)

APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS HIJOS HASTA 25 AÑOS	DNI	EDAD	Dependencia de 2 progenitores (20 puntos por hijo)	Dependencia de 1 progenitor (50 puntos por hijo).
TOTAL PUNTOS POR RESPONSABILIDADES FAMILIARES				

4.- SITUACION ECONOMICA FAMILIAR

Indique ahora la relación con el solicitante de su unidad familiar y la situación laboral y económica, de los demás miembros de la unidad familiar (DEBE INCLUIR LOS HIJOS MAYORES DE 25 AÑOS, INDEPENDIENTEMENTE DE SU SITUACIÓN LABORAL). Se entiende por unidad familiar, todos aquellos empadronados en el mismo domicilio.

Para cumplimentar este apartado, lea detenidamente la documentación que tiene que aportar (Anexo 2):

1.- SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> No percibe prestación contributiva ni asistencial <input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Desempleo Paro. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ingreso mínimo vital. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Prestaciones de Servicios Sociales (IMS) Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Otro tipo de prestación. Tipo _____ Cuantía/mes _____
-----------------	--

<p>2.-Relación con el solicitante (padre, madre, pareja, u otros convivientes, etc) Nombre:</p> <p>DNI:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No percibe prestación contributiva ni asistencial <input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Desempleo Paro. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ingreso mínimo vital. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Prestaciones de Servicios Sociales (IMS) Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Otro tipo de prestación. Tipo _____ Cuantía/mes _____
<p>3.- Relación con el solicitante (padre, madre, pareja, u otros convivientes, etc) Nombre:</p> <p>DNI:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No percibe prestación contributiva ni asistencial <input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Desempleo Paro. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ingreso mínimo vital. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Prestaciones de Servicios Sociales (IMS) Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Otro tipo de prestación. Tipo _____ Cuantía/mes _____
<p>4.- Relación con el solicitante (padre, madre, pareja, u otros convivientes, etc) Nombre:</p> <p>DNI:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No percibe prestación contributiva ni asistencial <input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Desempleo Paro. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ingreso mínimo vital. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Prestaciones de Servicios Sociales (IMS) Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Otro tipo de prestación. Tipo _____ Cuantía/mes _____
<p>5.- Relación con el solicitante (padre, madre, pareja, u otros convivientes, etc) Nombre:</p> <p>DNI:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No percibe prestación contributiva ni asistencial <input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Desempleo Paro. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ingreso mínimo vital. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Prestaciones de Servicios Sociales (IMS) Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Otro tipo de prestación. Tipo _____ Cuantía/mes _____
<p>6.- Relación con el solicitante (padre, madre, pareja, u otros convivientes, etc) Nombre:</p> <p>DNI::</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No percibe prestación contributiva ni asistencial <input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Desempleo Paro. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ingreso mínimo vital. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Prestaciones de Servicios Sociales (IMS) Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Otro tipo de prestación. Tipo _____ Cuantía/mes _____

7.- Relación con el solicitante (padre, madre, pareja, u otros convivientes, etc) Nombre: DNI::	<input type="checkbox"/> No percibe prestación contributiva ni asistencial <input type="checkbox"/> Trabajo asalariado. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Desempleo Paro. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ayuda familiar. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Pensión. Tipo _____ Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Ingreso mínimo vital. Cuantía /mes _____ <input type="checkbox"/> Prestaciones de Servicios Sociales (IMS) Cuantía/mes _____ <input type="checkbox"/> Otro tipo de prestación. Tipo _____ Cuantía/mes _____
--	--

En cumplimiento del Artículo 21 de la Orden 220/2024 de 27 de Diciembre de la Consejería de Economía, Empresas y Empleo del Programa de Apoyo Activo al Empleo. Obligaciones específicas de las entidades beneficiarias en su apartado b) Una misma entidad no podrá contratar a más de una persona por unidad familiar, salvo que no hubiese otras personas demandantes de empleo en el ámbito territorial de ejecución de las actuaciones

INDIQUE LOS MIEMBROS DE SU UNIDAD FAMILIAR QUE TAMBIÉN HAN SOLICITADO ESTE RECURSO

APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	LOCALIDAD SOLICITADA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Por lo tanto, con la firma de la solicitud, el titular accede a comunicar en cualquier fase del Programa a la Entidad promotora del Programa de Apoyo Activo al Empleo, si alguno de los anteriores familiares ha sido contratado en este mismo recurso en esta localidad o en alguna otra. De lo contrario, una vez advertido esta circunstancia por la Entidad, se procederá a la anulación de la contratación.

SUMA INGRESOS FAMILIARES	GASTOS VIVIENDA (Alquiler o hipoteca)	Nº de miembros (incluido el solicitante)
CALCULO SITUACION ECONOMICA	Ingresos _____ -- Gastos vivienda _____ / Nºmiembros: _____ =	

Declaro de manera responsable que todos los datos consignados en este anexo son veraces y corresponden con mi situación socio-económica. La ocultación o falsedad de los datos puede suponer la desestimación de mi solicitud además de la medidas legales que de oficio se pudieran iniciar.

Alcázar de San Juan a _____ de _____ de 2025

FIRMA