

OBJETO DE LA SOLICITUD

AYUDA ECONÓMICA COMPLEMENTARIA DE EXCEDENCIA LABORAL

O.F. 164/2020 (B.O.N. nº 128)

SUPUESTOS SUBVENCIONABLES:

	Cuidado de hijos/as menores de edad, o menores acogidos/as o tutelados/as que hayan sufrido un accidente grave que requiera hospitalización y necesidad de cuidado directo, continuo y permanente.
	Cuidado de familiares adultos de primer grado por consanguinidad, o cónyuge o pareja estable afectado por una enfermedad grave, o que hayan sufrido un accidente grave que requiera hospitalización y necesidad de cuidado directo, continuo y permanente.
	Para cuidado de hijos/as en caso de nacimiento de 2º o sucesivos/as, cuando el nacido/a u otro de los hijos/as convivientes en la unidad familiar padezca una discapacidad de al menos el 33%, o una dependencia en grado moderado, severo o gran dependiente, y al menos uno/a de las personas menores integrantes de la unidad familiar distinto al nacido se menor de 9 años con discapacidad o dependencia o de 6 cuando no lo sea.
	Para cuidado de hijos/as menores de edad por causa de nacimiento cuando sea el tercer hijo/a o sucesivos/as, y al menos dos de las personas integrantes de la unidad familiar, incluido/a el/la nacido/a sean menores de 6 años.
	Para el cuidado de hijos/as menores de edad en el supuesto de adopciones o acogimientos con duración prevista superior a un año.
	Para el cuidado de hijos/as menores de edad en el supuesto de partos, adopciones o acogimientos múltiples.

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/TITULAR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
DNI / NIE / Pasaporte	Hombre Mujer	Fecha de nacimiento
Lugar de Nacimiento	Provincia	País
Nacionalidad (Si tiene doble nacionalidad, se deben indicar ambas)		Estado civil
Correo electrónico	Teléfono 1	Teléfono 2

DOMICILIO

Domicilio (calle, plaza...)	Nº bloque	Escalera	Piso	Letra
Localidad	Código postal		Provincia	

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Solicitante
Representante o persona de contacto
Otro (Especificar)

Domicilio (calle, plaza...)	Nº bloque	Escalera	Piso	Letra
Localidad	Código postal		Provincia	

FAMILIAR ADULTO QUE REQUIERE CUIDADOS

APELLIDOS Y NOMBRES	DNI o NIE	FECHA NACIMIENTO	FIRMA

Fecha de inicio de la excedencia:
Fecha de finalización de la excedencia:

Autorizo

- o Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra la verificación y consulta de ficheros públicos que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes para comprobar la concurrencia de los requisitos y circunstancias exigidos
- o Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra a comunicar datos contenidos en esta solicitud, a los solos fines históricos, estadísticos o científicos, a aquellas entidades de iniciativa social que desarrollen su actividad en el ámbito de la Comunidad Foral en colaboración técnica y/o económica con el citado Departamento, en las condiciones y con los límites establecidos en la normativa de protección de datos de carácter personal
- o Al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra a recabar datos de los ficheros de las Entidades financieras con las que exista un Convenio de Colaboración en vigor, para calcular la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con la Resolución de 13 de julio de 2012 y su normativa de desarrollo, de la Secretaria de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
- o Que para el mismo objeto, autorizo expresamente a las citadas Entidades financieras a ceder datos al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. En caso de que el beneficiario o su representante no desee hacer esta autorización y prefiera aportar Certificación única de cada una de las entidades bancarias, que acredite patrimonio mobiliario, señálelo aquí

Declaro bajo mi responsabilidad

- o Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
- o Que me comprometo a comunicar al departamento competente en materia de servicios sociales del Gobierno de Navarra en el plazo de 15 días, desde la fecha que ocurra, la variación de cualquier circunstancia o dato que figure en esta solicitud, o aquellas otras circunstancias que puedan dar lugar a modificación de mi situación.

Firma del/la solicitante o representante

Cónyuge/Pareja de hecho

Hijos/as mayores de 18 años

En

, a de

De 20

Cláusula LOPD

La información que se recaba en el presente documento es necesaria para tramitar la ayuda solicitada. No se realizará con los datos recogidos en esta solicitud ningún tratamiento o cesión que no esté amparada legalmente. En cumplimiento del artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales y del artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta a la protección de datos personales, le informamos de la existencia de los ficheros Prestaciones y Servicios Sociales y Sistemas de Información de Usuarios de Servicios Sociales cuya finalidad es gestionar las ayudas y servicios demandadas al Departamento competente en materia de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, siendo esta entidad su organismo responsable y ante la cual podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los que la ley le faculta, remitiéndose para ello a la siguiente dirección, C/ González Tablas, nº 7. 31005. Pamplona.