



ANEXO I
SOLICITUD PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LA
EXCLUSIÓN SOCIAL (PPES 2024)

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (COMPLETAR TODAS LAS CASILLAS)				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
DNI/NIF/NIE		SEXO HOMBRE MUJER		FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)
DOMICILIO (CALLE Y NUMERO)			MUNICIPIO /PROVINCIA BOLLULLOS DE LA MITACIÓN (SEVILLA)	
TELÉFONOS DE CONTACTO			CORREO ELECTRÓNICO	
DEMANDANTE EMPLEO SI NO	DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO	ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO	VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO	TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO

2. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR: (COMPLETAR TODAS LAS CASILLAS)							
OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR	CONYUGE, PAREJA DE LA PERSONA SOLICITANTE		DNI/NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
	DEMAN. EMPLEO SI NO	DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO	ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO	VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO		TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO	
	PARENTESCO:		DNI/NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
	DEMAN. EMPLEO SI NO	DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO	ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO	VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO		TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO	
	PARENTESCO:		DNI/NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
	DEMAN. EMPLEO SI NO	DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO	ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO	VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO		TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO	
	PARENTESCO:		DNI/NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
	DEMAN. EMPLEO SI NO	DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO	ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO	VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO		TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO	
	PARENTESCO:		DNI/NIF/NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
	DEMAN. EMPLEO SI NO	DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA SI NO	ESTUDIANTE UNIV/ CICLO FORMATIVO SI NO	VICTIMA VIOLENCIA GENERO SI NO		TITULO FAMILIA NUMEROSA SI NO	

3. CONSENTIMIENTO: CONSENTIMIENTO:(Las personas mayores de 16 años, incluida la persona solicitante abajo firmantes, prestan su consentimiento para que sus datos sean comprobados por el Ayto de Bollullos de la Mitación, a través del Sistema de Verificación de Datos)			
ESTE APARTADO DEBE FIRMARLO TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYORES DE 16 AÑOS, INCLUIDA LA PERSONA SOLICITANTE			
NOMBRE	APELLIDOS	DNI/NIF/NIE	FIRMA
NOMBRE	APELLIDOS	DNI/NIF/NIE	FIRMA
NOMBRE	APELLIDOS	DNI/NIF/NIE	FIRMA
NOMBRE	APELLIDOS	DNI/NIF/NIE	FIRMA
NOMBRE	APELLIDOS	DNI/NIF/NIE	FIRMA

4.	DOCUMENTACIÓN: Marcar con una X lo que proceda
Solicitud rellena y firmada conforme el modelo facilitado por el Ayuntamiento. Solo será atendida una solicitud por unidad familiar.	
DNI de la persona solicitante.	
Libro de familia.	
NÓMINAS: Acreditación de los ingresos percibidos por todos los miembros que formen la unidad familiar, durante los últimos 12 meses anteriores a la fecha de inicio del plazo de presentación de la solicitud (Desde el 1 de noviembre de 2023 hasta el 31 de octubre de 2024)	
En caso de separación legal: Convenio Regulador, Medidas Paterno Filiales y/o denuncia por impago de pensión alimentaria de los/as menores.	
En caso de separación de hecho: En caso que existan menores a cargo de la persona solicitante se deberá presentar los ingresos de ambos progenitores, independientemente si existe o no convivencia entre los mismos, a no ser que se tenga firmado Convenio Regulador, Medidas Paterno Filiales y/o denuncia por impago de pensión alimentaria de los/as menores , en cuyo caso se presentará los ingresos del progenitor que custodia, junto con la documentación que acredite dicha situación.	
Otras circunstancias: Documentación acreditativa de la condición de Víctima de Violencia de Género Documentación acreditativa de Discapacidad Matrícula acreditativa de Estudios Universitarios o Ciclos Formativos de Grado Medio o Superior, en el caso de que algún miembro de la unidad familiar esté cursando dichos estudios.	
Otro documento que estime oportuno: Especificar:	

5.	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante, solicitante del Programa Para la Prevención de la Exclusión Social (PPES 2024), declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que figuran en la presente solicitud, así como la documentación que se acompaña.	
En Bollullos de la Mitación, a de de 2024	
LA PERSONA SOLICITANTE	
FDO:	

DIRIGIDO A : DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, IGUALDAD Y TRANSPARENCIA del Ayuntamiento de Bollullos de la Mitación

PROTECCIÓN DE DATOS En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Ayuntamiento de Bollullos de la Mitación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero parcialmente automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad el trámite para la contratación laboral al amparo de lo dispuesto en este Decreto-Ley. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Ayuntamiento ante el que se presentó la solicitud.
