

SERVICIO "NOS CUIDAMOS"
MÁLAGA CIUDAD CORRESPONSABLE
SOLICITUD

INTERESADO/A

| DNI/NIE/Pasaporte | Nombre o razón social | 1º apellido | 2º apellido |
|-------------------|-----------------------|-------------|-------------|
| | | | |

REPRESENTANTE

| DNI/NIF/Pasaporte | Nombre o razón social | 1º apellido | 2º apellido |
|-------------------|-----------------------|-------------|-------------|
| | | | |

OPCIONES DE NOTIFICACIÓN

| Seleccione el medio por el que desea ser notificado | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|--|--|--|---|-----|--------|--------|--------|--------|-----|
| <input type="radio"/> Sede Electrónica (https://sede.malaga.eu) | | | | | <input type="radio"/> Dirección postal* | | | | | | |
| Correo electrónico para avisos | | | | | Teléfono móvil para avisos | | | | | | |
| Tipo de vía | Nombre de la vía | | | | Nº | Bis | Portal | Escal. | Planta | Puerta | Km. |
| Código Postal | Municipio | | | | Provincia | | | País | | | |

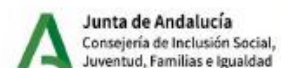
* Disponible sólo para personas físicas no obligadas a relacionarse a través de medios electrónicos con las Administraciones Públicas según Art. 14 de la Ley 39/2015.

DATOS DEL INTERESADO/A

| Relación con los/las menores | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|--|----------------------------|--|-----------|-----|---------|--------|--------|--------|-----|
| Padre/Madre | | | Representante Legal | | | | Tutor/a | | | | |
| Correo electrónico para avisos | | | Teléfono móvil para avisos | | | | | | | | |
| Tipo de vía | Nombre de la vía | | | | Nº | Bis | Portal | Escal. | Planta | Puerta | Km. |
| Código Postal | Municipio | | | | Provincia | | | País | | | |

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que sus datos pasarán a formar parte de la actividad de tratamiento protección de infancia y familia responsabilidad del área de derechos sociales, igualdad, accesibilidad, políticas inclusivas y vivienda, con la finalidad de gestionar proyectos y actuaciones encaminadas a la protección, promoción y prevención de menores y sus familias que se encuentren en situación de exclusión. Tendrá usted derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, y otros derechos como se explica en la información adicional disponible en www.malaga.eu/lopd/rat.pdf

Málaga, a de de
Fdo. Padre/Madre/Tutor/a



**SERVICIO “NOS CUIDAMOS”
MÁLAGA CIUDAD CORRESPONSABLE
SOLICITUD**

MOTIVOS DE CONCILIACIÓN QUE DAN ORIGEN AL ALTA EN EL SERVICIO

- Asistir al trabajo o entrevista de trabajo.
- Asistir a un curso de formación ocupacional.
- Cuidado de personas enfermas.
- Asistir a entrevistas de trabajo.
- Asistencia obligatoria a cualquier organismo público o privado.
- Participación social, cultural o deportiva.
- Respiro familiar.
- Otras necesidades o circunstancias personales (especificar):

DATOS DE MENOR 1

| Nombre | | 1 ^{er} apellido | | | 2 ^o apellido | |
|-------------------|------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------------------------|--|
| DNI/NIE/Pasaporte | Fecha Nacimiento | Edad | Sexo | Persona con discapacidad | Grado Discapacidad | |
| | | | | Sí | No | |

DATOS DE MENOR 2

| Nombre | | 1 ^{er} apellido | | | 2 ^o apellido | |
|-------------------|------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------------------------|--|
| DNI/NIE/Pasaporte | Fecha Nacimiento | Edad | Sexo | Persona con discapacidad | Grado Discapacidad | |
| | | | | Sí | No | |

DATOS DE MENOR 3

| Nombre | | 1 ^{er} apellido | | | 2 ^o apellido | |
|-------------------|------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------------------------|--|
| DNI/NIE/Pasaporte | Fecha Nacimiento | Edad | Sexo | Persona con discapacidad | Grado Discapacidad | |
| | | | | Sí | No | |

DATOS DE MENOR 4

| Nombre | | 1 ^{er} apellido | | | 2 ^o apellido | |
|-------------------|------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------------------------|--|
| DNI/NIE/Pasaporte | Fecha Nacimiento | Edad | Sexo | Persona con discapacidad | Grado Discapacidad | |
| | | | | Sí | No | |

DATOS DE MENOR 5

| Nombre | | 1 ^{er} apellido | | | 2 ^o apellido | |
|-------------------|------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------------------------|--|
| DNI/NIE/Pasaporte | Fecha Nacimiento | Edad | Sexo | Persona con discapacidad | Grado Discapacidad | |
| | | | | Sí | No | |

**SERVICIO “NOS CUIDAMOS”
MÁLAGA CIUDAD CORRESPONSABLE
SOLICITUD**

SOLICITUD PUNTUAL

| Fecha | Horas (mín. 3 horas – máx. 7 horas) |
|-------|-------------------------------------|
| | |

Solicito la bolsa de 100 horas del servicio de cuidados de menores en el domicilio familiar.

Solicito la ampliación de la bolsa de horas, si existiera disponibilidad tras atender todas las peticiones.

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS Y CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES

| Nombre | 1 ^{er} apellido | 2 ^o apellido |
|-------------------|--------------------------|-------------------------|
| | | |
| DNI/NIE/Pasaporte | Renta anual por miembro* | |
| | | |

* La renta anual por miembro de la unidad familiar se calcula dividiendo los ingresos brutos anuales totales de la familia, entre el número de miembros que la componen.

Familias numerosas.

Familias monoparentales/monomarentales.

Mujeres víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia contra las mujeres.

Personas con discapacidad.

Personas en riesgo de exclusión social.

Personas solicitantes de asilo internacional o con estatuto de refugiado/a.

Unidades familiares en las que existen otras responsabilidades relacionadas con los cuidados.

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

Fotocopia DNI/NIE/PASAPORTE.

Título de FAMILIA NUMEROSA.

Copia de la declaración de la renta, o en su defecto, declaración responsable de ingresos.

Documentación que acredita la relación de la persona solicitante con el/la menor:

Fotocopia libro de familia.

Resolución judicial o administrativa.

Certificado de empadronamiento.

En los casos que proceda, aportar la Resolución de discapacidad y el Informe de evaluación psicopedagógica.

DECLARA

Que cumple todos los requisitos exigidos para participar en el Servicio “NOS CUIDAMOS” del III PLAN MÁLAGA CIUDAD CORRESPONSABLE.

Que bajo su expresa responsabilidad y según lo previsto en los artículos 28.7 y 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, que son ciertos cuantos datos figuran en la misma y que la posible documentación anexa es fiel copia de los originales.