

## ANEXO I SOLICITUDE DE AXUDAS DO FONDO SOCIAL 2021

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE:  PAS  PDI

|                     |           |           |         |
|---------------------|-----------|-----------|---------|
| APELIDO 1           | APELIDO 2 | NOME      | NIF/NIE |
|                     |           |           |         |
| Correo electrónico: |           | Teléfono: |         |

### MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR

| DATOS DE TODOS OS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR A 31/12/2020             |         |                   |             | Non solicita | AXUDA TIPO SOLICITADA                         |   |   |   |
|--|---------|-------------------|-------------|--------------|---|---|---|---|
| Apellidos e nome   | NIF/NIE | Data de nacemento | Vinculación |              | marcar cun X<br>NO RECADRO<br>DO BENEFICIARIO |   |   |   |
|  |         |                   |             |              | 1   | 2 | 3 | 4 |
|  |         |                   | SOLICITANTE |              |   |   |   |   |
|  |         |                   |             |              |   |   |   |   |
|  |         |                   |             |              |   |   |   |   |
|  |         |                   |             |              |   |   |   |   |
|  |         |                   |             |              |   |   |   |   |
|  |         |                   |             |              |   |   |   |   |
|  |         |                   |             |              |   |   |   |   |
|  |         |                   |             |              |   |   |   |   |
|  |         |                   |             |              |   |   |   |   |
| <b>TOTAL MEMBROS UNIDADE FAMILIAR<br/>TENDO EN CONTA O SOLICITANTE</b> |         |                   |             |              |   |   |   |   |

#### AXUDA TIPO SOLICITADA

1. ATENCIÓN A PERSOAS CON DISCAPACIDADE FÍSICA, PSÍQUICA E/OU SENSORIAL
2. COIDADADO DE FILLOS, FILLAS e FAMILIARES MAIORES DE 70 ANOS
3. ESTUDOS OFICIAIS NO CURSO INDICADO
4. TRATAMENTOS DE SAÚDE

**DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA XUSTIFICATIVA DA UNIDADE FAMILIAR** marcar cun X

|  |  |
|--|--|
| Libro de familia ou documentación que acredite parentesco co solicitante |  |
| Certificado do rexistro de parellas de feito                             |  |
| Certificado de convivencia a 31/12/2020                                  |  |
| Outros especificar:  |  |

**SOLICITO:** Que se me concedan as seguintes axudas referidas ao ano **2020**

**AXUDA TIPO 1 ATENCIÓN A PERSOAS CON DISCAPACIDADE FÍSICA, PSÍQUICA E/OU SENSORIAL**

| NIF/NIE  | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Data de nacemento | Vinculación | ≥33% | ≥65% | ≥75% |
|--|---------------------------------------|-------------------|-------------|------|------|------|
|  |                                       |                   |             |      |      |      |
|  |                                       |                   |             |      |      |      |
|  |                                       |                   |             |      |      |      |
| Certificado grao de discapacidade ou dependencia |                                       |                   |             |      |      |      |

**AXUDA TIPO 2 COIDADO DE FILLOS, FILLAS e FAMILIARES MAIORES DE 70 ANOS****COIDADO DE FILLOS E FILLAS DE 0 A 3 ANOS (nados entre 1/1/2018 e 31/12/2020)**

| NIF/NIE | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Data de nacemento |
|---------|---------------------------------------|-------------------|
|         |                                       |                   |
|         |                                       |                   |
|         |                                       |                   |

**COIDADO DE FILLOS E FILLAS DE 3 A 6 ANOS (nados entre 1/1/2015 e 31/12/2017)**

| NIF/NIE | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Data de nacemento |
|---------|---------------------------------------|-------------------|
|         |                                       |                   |
|         |                                       |                   |
|         |                                       |                   |

**COIDADO DE FAMILIARES MAIORES DE 70 ANOS (nados antes de 1951)**

| NIF/NIE | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Data de nacemento | Vinculación |
|---------|---------------------------------------|-------------------|-------------|
|         |                                       |                   |             |
|         |                                       |                   |             |
|         |                                       |                   |             |

**AXUDA TIPO 3 ESTUDOS OFICIAIS NO CURSO 2020/2021**

| NIF/NIE | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Vinculación  | ESTUDOS CURSADOS | ESTUDOS UNIVERSITARIOS       |
|---------|---------------------------------------|--|------------------|------------------------------|
|         |                                       |  |                  | %Créditos/materias superadas |
|         |                                       |  |                  |                              |
|         |                                       |  |                  |                              |
|         |                                       |  |                  |                              |
|         |                                       |  |                  |                              |
|         |                                       |  |                  |                              |
| Estudos | NON UNIVERSITARIOS                    | Certificado de matrícula curso 2020/21                                 |                  |                              |
|         | UNIVERSITARIOS                        | Xustificante pago de matrícula curso 2020/21 e certificación académica |                  |                              |

## ANEXO I SOLICITUDE DE AXUDAS DO FONDO SOCIAL 2021

### AXUDA TIPO 4 TRATAMENTOS DE SAÚDE

| NIF/NIE  | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Tipo de tratamento<br>TRASTORNOS ALIMENTARIOS | Vinculación     |
|--|---------------------------------------|---|-----------------|
|  |                                       |   |                 |
| RELACIÓN DE FACTURAS ANO 2020  |                                       |   |                 |
| Data   | núm. da factura                       | Expedida por NIF                              | Importe factura |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
| <b>SUMA TOTAL</b>  |                                       |   |                 |
| NIF/NIE  | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Tipo de tratamento<br>TRASTORNOS ALIMENTARIOS | Vinculación     |
|  |                                       |   |                 |
| RELACIÓN DE FACTURAS ANO 2020  |                                       |   |                 |
| Data   | núm. da factura                       | Expedida por NIF                              | Importe factura |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
| <b>SUMA TOTAL</b>  |                                       |   |                 |
| NIF/NIE  | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Tipo de tratamento<br>TRASTORNOS ALIMENTARIOS | Vinculación     |
|  |                                       |   |                 |
| RELACIÓN DE FACTURAS ANO 2020  |                                       |   |                 |
| Data   | núm. da factura                       | Expedida por NIF                              | Importe factura |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
| <b>SUMA TOTAL</b>  |                                       |   |                 |
| NIF/NIE  | Persoa Beneficiaria – Apelidos e nome | Tipo de tratamento<br>TRASTORNOS ALIMENTARIOS | Vinculación     |
|  |                                       |   |                 |
| RELACIÓN DE FACTURAS ANO 2020  |                                       |   |                 |
| Data   | núm. da factura                       | Expedida por NIF                              | Importe factura |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
|  |                                       |   |                 |
| <b>SUMA TOTAL</b>  |                                       |   |                 |
| <b>SUMA TOTAL</b>  |                                       |   |                 |
| Facturas do ano 2020 e/ou informe médico xustificativo dos tratamentos |                                       |   |                 |

Para os efectos da axuda ou axudas solicitadas responsablemente DECLARO:

- 1.- Que todos os datos e extremos alegados nesta solicitude son certos e comprométome, de así serme requirido, a achegar xustificación documental suficiente para a súa acreditación.
- 2.- Que non percibín nin solicitei ningunha axuda doutros organismos oficiais, empresas públicas ou privadas polos mesmos conceptos, agás as seguintes:

| Organismo/Empresa | Importe percibido / solicitado | Tipo de Axuda |
|-------------------|--------------------------------|---------------|
|                   |                                |               |
|                   |                                |               |
|                   |                                |               |
|                   |                                |               |

- 3.- Que ningún outro membro da miña unidade familiar solicita axudas do fondo social 2021.

#### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DOS SEUS DATOS

Responsable: Universidade de Vigo.

Finalidade: xestionar a presente convocatoria de axudas de acción social.

Lexitimación: Lei orgánica 6/2001, de 21 de decembro de universidades, lei 2/2015, de 29 de abril do emprego público de Galicia e Real Decreto Lexislativo 5/2015, de 30 de outubro polo que se aproba o texto refundido da Lei do Estatuto Básico do empregado público e Convenio Colectivo para o persoal laboral de administración e servizos da Universidade de Vigo.

Cesións: non se prevén excepto nos casos previstos legalmente e á Axencia Tributaria para a comprobación da información de natureza tributaria especificada nesta convocatoria e á D.G.P. para consulta de datos de identidade.

Dereitos: as persoas interesadas poderán exercer os seguintes dereitos: acceso, rectificación, supresión, limitación do tratamento, oposición e, no seu caso, portabilidade dos datos.

Procedencia da información: a información procede da propia persoa interesada.

Información adicional: <https://www.uvigo.gal/proteccion-datos>.

#### LEXISLACIÓN APLICABLE

Resolución Reitoral pola que se convocan axudas do fondo social 2021.

Vigo, de 2021

**SR. REITOR MAGNÍFICO DA UNIVERSIDADE DE VIGO**