

**ANEXO: SOLICITUD PRESTACIONES ACCIÓN SOCIAL PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO****DATOS SOLICITANTE**

N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DOMICILIO (Calle y número)		C.P.	LOCALIDAD	TELÉFONO TRABAJO
				TELÉFONO MÓVIL
PUESTO DE TRABAJO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		CENTRO DE TRABAJO

INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:

N.I.F. imprescindible para mayores de 14	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	Percibe ingresos SI / NO
				HIJO/A		
				HIJO/A		
				HIJO/A		

TIPO DE PRESTACIÓN QUE SE SOLICITA

☐ ANTICIPO REINTEGRABLE EXTRAORDINARIO	Importe:_____ Plazo (meses):_____ Importe máximo: 6.000,00 €. Plazo mínimo: 13 meses y máximo: 86 meses
☐ AYUDA DE CARÁCTER EXCEPCIONAL POR BAJOS INGRESOS	Máximo: 500 € y 500 € adicionales por cada hijo/a a cargo

DOCUMENTACIÓN

- Solicitud.
- Acreditación documental de insuficiencia de ingresos (sólo para la Ayuda de carácter excepcional por bajos ingresos)
- Acreditación de víctima de violencia de género.
(La situación de víctima de violencia de género se acreditará mediante alguno de los siguientes medios:
 - a) Resolución judicial otorgando la Orden de Protección a favor de la víctima.
 - b) Sentencia condenatoria, medida cautelar a favor de la víctima o cualquier otra en que el órgano judicial estime, aun indiciariamente su existencia.
 - c) Informe del Ministerio Fiscal que indique la existencia de indicios de violencia de género.
 - d) Con carácter excepcional, en el caso de que la empleada pública no tenga ninguno de los documentos señalados en las letras anteriores, ya no estén en vigor las medidas judiciales, o todavía no haya recaído resolución judicial y siga en situación de violencia de género, el órgano competente en materia de violencia de género de la Administración Regional, previa derivación al Centro de Atención a Víctimas de Violencia de Género (CAVI), emitirá la acreditación correspondiente recogida en el Anexo I del Acuerdo (BORM de 13/5/2017).

Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y, autorizando para que se realicen las comprobaciones oportunas. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen, en su caso, a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada.

Murcia, a _____ de _____ de _____
(firma)

Los datos de carácter personal de esta solicitud y de sus documentos anexos se incorporan a un fichero público de titularidad de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, con la finalidad de gestionar este procedimiento y podrán ser cedidos con esta finalidad a otros Órganos de las Administraciones Públicas. Se tratarán con total confidencialidad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, se pueden ejercer por la solicitante mediante escrito dirigido a la persona responsable del Fichero, a la dirección postal, Avda. Infante Juan Manuel, nº 14 de Murcia de acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal.

- ☐ **EXCMO. SR. CONSEJERO DE PRESIDENCIA Y HACIENDA.**
- ☐ **EXCMA. SRA. CONSEJERA DE EDUCACIÓN Y CULTURA.**
- ☐ **ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.**