

ANEXO I

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN PROGRAMA DE APOYO ACTIVO AL EMPLEO 2024.

PUESTO DE TRABAJO:		
APELLIDOS Y NOMBRE:		
DNI/NIE:	F.NACIMIENTO:	TELEFONO:
DIRECCIÓN:		
LOCALIDAD:	C.POSTAL:	PROVINCIA:

MARCAR LO QUE CORRESPONDA

DATOS		DOCUMENTACION A APORTAR:
IDENTIDAD		DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD
FECHA DE LA DEMANDA DE EMPLEO		INFORME DE LOS PERIODOS DE INSCRIPCIÓN DE FORMA ININTERRUMPIDA EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO O AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR DATOS.
DISCAPACIDAD (GRADO)	<input type="radio"/> IGUAL O SUPERIOR AL 33% <input type="radio"/> ENTRE EL 33% Y EL 66% <input type="radio"/> SUPERIOR AL 66%	RESOLUCIÓN DE DISCAPACIDAD, O TARJETA ACREDITATIVA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD, O CERTIFICADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE EMITIDO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
CARGAS FAMILIARES (CONYUGE E HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O DISCAPACITADOS, QUE CAREZCAN DE INGRESOS)	<input type="radio"/> SI (Nº PERSONAS, EXCLUIDO EL SOLICITANTE) <input type="radio"/> NO	LIBRO DE FAMILIA Y VIDA LABORAL TODOS LA MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYORES DE 16 AÑOS.
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	TÍTULO JUDICIAL EN VIGOR O INFORME DEL INSTITUTO DE LA MUJER.
RESPONSABILIDADES FAMILIARES NUMERO DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (CONYUGE E HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O PERSONAS DE DISCAPACITADAS QUE CONVIVAN Y CAREZCAN DE INGRESOS SUPERIORES AL 75 % DEL SMI.		LIBRO DE FAMILIA Y/U OTRA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL PARENTESCO Y LA DISCAPACIDAD.
INGRESOS DE LOS MIEMBROS ANTERIORES.	IMPORTE: _____	DECLARACIÓN DE RENTA (al margen de haber aportado las tres últimas nóminas u otros ingresos) O EN CASO DE NO ESTAR OBLIGADO A PRESENTARLA, CERTIFICADO NEGATIVO DE RENTA. TODO ELLO REFERIDO A CADA MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYOR DE EDAD

		REFERIDO EN LA SOLICITUD
CUIDADOR/A DE PERSONA DEPENDIENTE O SOLICITANTE QUE CONVIVE CON PERSONA DEPENDIENTE Y QUE PERTENEZCAN A FAMILIAS EN LAS QUE NINGÚN MIEMBRO ESTÉ EMPLEADO.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO COLECTIVO, RESOLUCIÓN DE DEPENDENCIA DE LA PERSONA QUE CONVIVE CON EL PARTICIPANTE Y ACREDITACIÓN DE LA PERTENENCIA A FAMILIA EN LA QUE NINGÚN MIEMBRO ESTÁ EMPLEADO, O BIEN, MEDIANTE EL CERTIFICADO DE BIENESTAR SOCIAL EN EL QUE SE DECLARE RECONOCIDO COMO CUIDADOR AL SOLICITANTE.
PERSONAS JÓVENES CON BAJA CUALIFICACIÓN.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	CUMPLIMENTAR ANEXO III FIRMANDO EL MISMO. CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE GARANTÍA JUVENIL EN CASO DE NO ESTAR INSCRITO EN UNA OFICINA DE EMPLEO.
PERSONA CON CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE, PERSONA CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y PERSONA VÍCTIMA DE TRATA DE SERES HUMANOS.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	PRESENTACIÓN DE INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ACREDITATIVO DE LA CONDICIÓN DE PERSONAS CON CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE O INFORME DE UN SERVICIO PÚBLICO ENCARGADO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE TRATA O POR ENTIDADES SOCIALES ESPECIALIZADAS DEBIDAMENTE RECONOCIDAS POR LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS COMPETENTES, SEGÚN SE TRATE.
COLECTIVOS RELACIONADOS EN EL ARTÍCULO 1 DE LA LEY 5/2022, DE 6 DE MAYO, DE DIVERSIDAD SEXUAL Y DERECHOS LGTBI EN CASTILLA-LA MANCHA	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	MEDIANTE SENTENCIA QUE ACREDITE QUE HA SIDO DESPEDIDO O HA SUFRIDO DISCRIMINACIÓN LABORAL POR SU CONDICIÓN SEXUAL.
PERSONAS TRABAJADORAS QUE HAN SIDO DESPEDIDAS EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA PUBLICACIÓN DE ESTA ORDEN	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	MEDIANTE SENTENCIA QUE ACREDITE QUE HA SIDO DESPEDIDO O CERTIFICADO DE EMPRESA DONDE FIGURE LA CAUSA DE LA EXTINCIÓN COMO O DESPIDO.

FECHA Y FIRMA

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAR DE OLALLA