**ANEXO I**

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN “PLAN APOYO ACTIVO PARA EL EMPLEO 2024”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRE:** | | | | |
| **DNI/NIE:** | **F.NACIMIENTO:** | | | **TELÉFONO:** |
| **DIRECCIÓN: CORREO ELECTRÓNICO** | | | | |
| **LOCALIDAD:** | | **C.POSTAL:** | **PROVINCIA:** | |

**MARCAR LO QUE CORRESPONDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS** |  | **DOCUMENTACION A APORTAR:** |
| **DNI-NIE** |  | -dni - nie |
| **INSCRIPCIÓN oficina de empleo** | Fecha inscripción:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | -Informe de la oficina de empleo donde se detalle: que figura inscrito como desempleado no ocupado, fecha de antigüedad, periodos de inscripción |
| **grado de DISCAPACIDAD** . | ⃝ IGUAL O SUPERIOR AL 33%  ⃝ ENTRE EL 33% Y EL 66%  ⃝ SUPERIOR AL 66% | -Resolución de discapacidad.  -certificado de compatibilidad con el puesto.  -certificado si/no percibe pensión/ayuda por discapacidad. |
| VÍCTIMA DE **VIOLENCIA DE GÉNERO**. | ⃝ SI  ⃝ NO  Fecha de Resolución:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | -Sentencia condenatoria, resolución judicial, medidas cautelares, orden de protección o informe del Ministerio Fiscal.  -Justificación que sigue en vigor |
| CUIDADOR DE PERSONA **DEPENDIENTE** O CONVIVE CON PERSONA DEPENDIENTE | ⃝ SI  ⃝ NO | -certificado de empadronamiento colectivo  -resolución de dependencia  -acreditación que ningún miembro está empleado |
| NÚMERO DE **MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR**  (CÓNYUGE E HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O PERSONAS DE DISCAPACITADAS QUE CONVIVAN Y CAREZCAN DE INGRESOS SUPERIORES AL 75 % DEL SMI. | número de miembros unidad familiar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | -libro de familia y/u otra documentación que acredite el parentesco y la discapacidad.  -volante de empadronamiento y convivencia. |
| **INGRESOS MENSUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR:** | Importe total mensual (suma de todos los ingresos de la unidad familiar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| PERCIBE ALGÚN TIPO DE **PRESTACIÓN O SUBSIDIO** DEL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTADO ALGÚN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR. | ⃝ SI  ⃝ NO | -certificado del sepe de cada miembro de la unidad familiar. (si/no percibe prestación/subsidio).  -o declaración jurada que no figura inscrito como demandante de empleo. |
| ALGÚN MIEMBRO **EMPLEADO** EN LA UNIDAD FAMILIAR O AUTÓNOMO. | ⃝ SI  ⃝ NO | -3 últimas nóminas/pensión o declaración de la renta si es autónomo. |
| PERCIBE ALGÚN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR **PENSIONES O AYUDAS U OTROS INGRESOS.** | ⃝ SI  ⃝ NO | -3 últimas mensualidades de la ayuda o ingreso. |
| **CARGAS FAMILIARES** (CÓNYUGE E HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O DISCAPACITADOS, **QUE CAREZCAN DE INGRESOS**). | ⃝ SI (Nº PERSONAS, EXCLUIDO EL SOLICITANTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  ⃝ NO | -Libro de familia  -vida laboral todos la miembros de la unidad familiar mayores de 16 años.  -mayores de 16 años que se encuentre estudiando y sean desempleados tendrán que aportar certificado donde figure que está cursando estudios. |
| PERSONAS JÓVENES CON BAJA CUALIFICACIÓN | ⃝ SI  ⃝ NO | -Certificado Sistema nacional de garantía juvenil  -certificado de carecer de titulación, etc. |
| **personas con trastornos del espectro autista y víctimas de trata de seres humanos** | ⃝ SI  ⃝ NO | -informe de evaluación psicológica.  -informe salud mental o similar.  -informe servicio público |
| COLECTIVOS **DIVERSIDAD SEXUAL Y DERECHOS LGTBI EN CASTILLA LA MANCHA** | ⃝ SI  ⃝ NO | -sentencia de despido o sufrido discriminación laboral por su condición sexual |
| personas que han sido DESPEDIDAS de acuerdo con lo establecido en Art. 16.1.g) y Base 3ª de la convocatoria. | ⃝ SI  ⃝ NO | -sentencia de despido.  -extinción del contrato. |
| **OTROS DATOS** (Hipoteca, Alquiler, Pensión de alimentos a favor de familiares, etc) |  | -documentos que acrediten los pagos.  -sentencia.  -documentos que lo justifiquen. |

Alamillo, a \_\_\_\_ de de 2025

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE ALAMILLO

**ANEXO II**

**AUTORIZACION PARA OBTENER Y CONSULTAR DATOS NECESARIOS PARA LA BAREMACIÓN Y/O CONTRATACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE PARTICIPACIÓN EN EL PLAN APOYO ACTIVO PARA EL EMPLEO 2024**

SOLICITANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con D.N.I. / N.I.E. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en la calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**AUTORIZO**, tanto a este Ayuntamiento como a la Oficina de Empleo de Castilla-La Mancha, a que obtengan los datos necesarios para poder baremar mi solicitud de participación en la convocatoria para la contratación de personas desempleadas amparo de lo establecido en la Orden 220/2024, de 27 de diciembre, de la Consejería de Economía, Empresas y Empleo, por la que se regulan las bases para la concesión de subvenciones para la puesta en marcha del Programa de Apoyo Activo al Empleo y se efectúa la convocatoria para 2024.

Esta autorización se extiende a la consulta y obtención en otros Organismos o Entidades Públicas o Privadas, de aquellos datos que se consideren necesarios para comprobar los extremos a tener en cuenta para la baremación de las solicitudes de participación en este Plan de Empleo, tales como Consejería de Bienestar Social de la JCCM, Instituto de la Mujer C-LM, Centros de la Mujer, Instituto Nacional de la Seguridad Social y Tesorería General de la Seguridad Social.

Los datos obtenidos estarán sujetos a la normativa contemplada en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

Alamillo, a \_\_\_\_\_\_ de de 2025.

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR,** EN CASO DE QUE SEA NECESARIO CONSULTAR DATOS (Adjuntar fotocopia del DNI de cada uno):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PARENTESCO | NOMBRE Y APELLIDOS | DNI | FIRMA AUTORIZACION CONSULTA DATOS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |