**SOLICITUD DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONCILIACIÓN Plan Corresponsables 2024**

**DATOS PERSONALES DE LA FAMILIA SOLICITANTE**

* **Nombre del/de la solicitante (Padre/Madre/Tutor/a):**
* **DNI/NIE del/de la solicitante:**
* **Teléfono de contacto:**
* **Correo electrónico:**
* **Domicilio:**
* **Código postal:**
* **Localidad y provincia:**

**DATOS DE LOS MENORES BENEFICIARIOS**

* **Nombre del niño/a 1:**
  + **Fecha de nacimiento:**
  + **¿Tiene discapacidad?:** (Sí / No)
* **Nombre del niño/a 2 (si aplica):**
  + **Fecha de nacimiento:**
  + **¿Tiene discapacidad?:** (Sí / No)
* **(Añadir más menores si es necesario)**

**DIA QUE ASISTIRÁ al ESPACIO**

**DIA 15 HORA**

**DÍA 16 HORA**

**DÍA 19 HORA**

**TIPO DE FAMILIA (marcar lo que corresponda)**

* ( ) Familia monoparental (mujer sola)
* ( ) Familia monoparental (hombre solo)
* ( ) Otra, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FACTORES DE VULNERABILIDAD (marcar lo que corresponda)**

* ( ) Mujeres víctimas de violencia de género (adjuntar acreditación del Servicio de Atención Integral a Víctimas).
* ( ) Persona con discapacidad (adjuntar certificado de discapacidad).
* ( ) En riesgo de exclusión social (indicar si está siendo atendido por Servicios Sociales: Sí / No).
* ( ) Responsabilidades familiares con mayores a cargo (adjuntar documentación justificativa).

**NIVEL DE RENTA (marcar lo que corresponda)**

* ( ) Inferior al salario mínimo interprofesional.
* ( ) Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ euros anuales.
* ( ) Autorizo la consulta de mis datos económicos.
* ( ) Aportaré documentación justificativa de mis ingresos en caso de ser solicitada.

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (marcar lo que corresponda)**

* ( ) DNI/NIE del/de la solicitante.
* ( ) Libro de familia o documento que acredite la relación con los menores.
* ( ) Certificado de discapacidad (si aplica).
* ( ) Acreditación de situación de vulnerabilidad (si aplica).
* ( ) Documentación que acredite responsabilidades de cuidado de mayores (si aplica).
* ( ) Informe de los Servicios Sociales (si aplica).

**OBSERVACIONES (CAMPO ABIERTO )** INDICAR OTRAS CONSIDERACIONES RESPECTO A LOS MENORES.

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Yo, **[Nombre del solicitante]**, declaro que la información proporcionada en este formulario es veraz y completa. Asimismo, autorizo a las autoridades competentes a verificar los datos aportados para la valoración de esta solicitud de acceso a los servicios del Plan Corresponsables 2024.