

SOLICITUD DE AYUDA A FAMILIAS

SOLICITANTE			
Primer apellido:		Segundo apellido:	
Nombre:			F. nacimiento:
NIF/NIE:		Teléfonos:	
Domicilio:			C. Postal:

BENEFICIARIOS (miembros de la familia)			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha nacimiento

Ingresos Unidad Familiar:	
---------------------------	--

TIPO DE AYUDA	CUANTÍA
a) Las relacionadas con la salud:	
Prótesis auditivas, prescripciones ópticas, ortopedia, tratamientos de ortodoncias medicamentos para enfermedades catalogadas como raras, alimentación especial, gastos del transporte a servicios especializados para tratamientos y ayudas técnicas que faciliten la autonomía con camas articuladas, colchón antiescaras, grúa..., que se produzcan durante el ejercicio en que se apruebe el gasto	
b) Las relacionadas con la alimentación: Becas de comedor escolar	
c) Las relacionadas con la educación: Ayudas económicas para material escolar y tasas escuela infantil	
d) Las relacionadas con el ocio y tiempo libre:	

- Autorizo a que el Ayuntamiento de Garínoain proceda a comprobar de oficio lo indicado en la base sexta.
- Me comprometo a presentar los justificantes en los plazos establecidos en la convocatoria de 2018.

Declaro cumplir los requisitos generales para obtener la condición de beneficiaria exigida por el artículo 13 de la Ley 38/2003 General de Subvenciones.

Declaro **SI / NO** haber recibido la unidad familiar ayudas económicas concedidas por otra Administración en relación a los gastos subvencionables, a fin de valorar la compatibilidad y el importe de la subvención.

Las ayudas recibidas han sido por importe de:

Solicito se haga el ingreso en la siguiente cuenta bancaria

Garínoain, a de de 201.....

Firma de la persona solicitante