

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
AYUDAS ECONÓMICAS INDIVIDUALES	PR925A	SOLICITUD

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE							
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/PASAPORTE				
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA	NÚM.	BLOQ.	PISO	PUERTA		
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PAÍS					
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO	DNI PAÍS DE RESIDENCIA				
FECHA DE NACIMIENTO	PROVINCIA DE NACIMIENTO	AYUNTAMIENTO DE NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO				
ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD	COBERTURA MÉDICA QUE POSEE (indique el nombre)					

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)			
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/PASAPORTE

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN	
Se enviarán avisos de puesta a disposición de la notificación en el correo electrónico y/o teléfono móvil facilitados a continuación y que se podrán cambiar en cualquier momento a través de Notifica.gal:	
TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
ELECCIÓN DEL MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE	
Las personas obligadas a relacionarse a través de medios electrónicos con la Administración deberán optar, en todo caso, por la notificación por medios electrónicos, sin que sea válida para ellas ni produzca efectos una opción diferente.	
☐ Electrónica , a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal https://notifica.xunta.gal Solo se podrá acceder a la notificación con el certificado electrónico o Chave365.	
☐ Postal (cumplimentar la dirección postal solo si es distinta de la indicada anteriormente).	
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD
NÚM.	BLOQ.
PISO	PUERTA
PAÍS	

DATOS BANCARIOS		
Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos consignados relativos a la cuenta bancaria indicada.		
TITULAR DE LA CUENTA	BIC	NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA

TIPO DE SOLICITANTE
☐ Emigrante gallego/a o hijo/a de emigrante gallego/a (artículo 2.1) ☐ Nieto/a de emigrante gallego/a (artículo 2.2) ☐ Cónyuge viudo/a, pareja de hecho o relación análoga e hijo/a (caso de fallecimiento del/de la emigrante gallego/a, de su hijo/a o de su nieto/a) (artículo 2.3.a)

Indique si en la convocatoria anterior recibió una ayuda económica individual de la Secretaría General de la Emigración	☐ SÍ ☐ NO
Indique si recibe la prestación por razón de necesidad del Estado español	☐ SÍ ☐ NO
Indique si en la unidad económica familiar existe más de una persona solicitante del programa de ayudas económicas	☐ SÍ ☐ NO



TIPO DE AYUDA QUE SOLICITA

- ☐ Ayudas para paliar situaciones de precariedad socio-económica en la unidad familiar (artículo 4)
- ☐ Ayudas por situación de enfermedad grave o dependencia de la persona solicitante o de otra persona de su unidad familiar (artículo 5.1)
- ☐ En el caso de que el/la enfermo/a o dependiente sea una persona de la unidad familiar distinta de la solicitante:
- Nombre y apellidos de la persona dependiente o enferma:
- Parentesco con la persona solicitante:
- ☐ En el caso de ser solicitante por el artículo 2.3.a):
- Nombre y apellidos de la persona fallecida:
- Fecha del fallecimiento: Parentesco con la persona solicitante:
- ☐ Ayudas por invalidez o enfermedad permanente que incapacite para la actividad laboral (artículo 5.2)
- ☐ Ayudas para mayores de 65 años con enfermedades crónicas (artículo 5.3)
- ☐ Ayudas para las mujeres de sufran violencia de género (artículo 6)

DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR. PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA PERSONA SOLICITANTE

	APELLIDOS	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS MENSUALES * (moneda del país)	ORIGEN (pensión del país de residencia, pensión española, rentas, salario, autónomos..., otros ingresos)
1						
2						
3						
4						
INGRESOS MENSUALES DE LA PERSONA SOLICITANTE:						
TOTAL INGRESOS MENSUALES DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR:						

* Deben indicarse en proporción mensual los ingresos de carácter extraordinario o de periodicidad no mensual.

SI LA PERSONA SOLICITANTE RESIDE EN UN CENTRO ASISTENCIAL O SIMILAR

☐ Justificante del coste mensual del centro Coste mensual del centro (moneda del país):

PROPIEDADES O EMPRESAS QUE POSEAN LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR, EXCEPTO LA VIVIENDA HABITUAL

Nº	PROPIEDAD	DIRECCIÓN	VALOR PATRIMONIAL (moneda del país)
1			
2			
PATRIMONIO MOBILIARIO (CAPITAL, ACCIONES...)			VALOR (moneda del país)

AUTORIZACIÓN

La persona solicitante autoriza a la persona habilitada al efecto de la entidad colaboradora señalada a continuación para presentar esta solicitud a través del registro electrónico de la Xunta de Galicia.

ENTIDAD COLABORADORA:



LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA:

1. Que, en relación con otras ayudas concedidas o solicitadas:

- ☐ No solicitó ni se le concedió ninguna otra ayuda para este mismo proyecto o conceptos para los que se solicita esta subvención.
- ☐ Sí solicitó y/o se le concedieron otras ayudas para este mismo proyecto o conceptos para los que se solicita esta subvención, que son las que se relacionan a continuación:

ORGANISMO	IMPORTE (€)

2. Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se presentan son ciertos.

3. No estar incurso en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, general de subvenciones.

4. No estar incurso en ninguna clase de inhabilitación para la obtención de ayudas prevista en los apartados 2 y 3 del artículo 10 de la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia.

5. Estar al corriente del pago de obligaciones por reintegro de subvenciones, conforme al artículo 10.2.g) de la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia, y el artículo 9 del Reglamento de subvenciones de Galicia, aprobado por el Decreto 11/2009, de 8 de enero.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O YA PRESENTADA CON ANTERIORIDAD

DOCUMENTACIÓN GENERAL

- ☐ Declaración responsable de las personas beneficiarias del programa de ayudas económicas individuales de la convocatoria del año anterior, en el modelo del anexo II
- ☐ Documentación acreditativa de los ingresos, rentas o pensiones de cualquier naturaleza de la persona solicitante y/o de los miembros de la unidad económica familiar o declaración responsable de no percibirlos
- ☐ Justificante del coste mensual del centro asistencial o similar, en caso de que la persona solicitante resida en uno
- ☐ Documentación justificativa oficial o declaración responsable en la cual conste el valor patrimonial de los bienes muebles e inmuebles
- ☐ Documento acreditativo de la representación legal

	ÓRGANO	CÓD. PROC.	AÑO
--	--------	------------	-----

Convivencia familiar

☐ Documentación acreditativa de la convivencia familiar, en su caso			
☐ Libro de familia o certificado de matrimonio o documentación justificativa de unión de hecho o relación análoga y del nacimiento del resto de miembros de la unidad familiar			
☐ Sentencia judicial o el correspondiente certificado en el caso de separación legal o divorcio			

Si presenta solicitud como emigrante gallego/a o hijo/a de emigrante gallego/a (artículo 2.1) o como nieto/a de emigrante gallego/a (artículo 2.2)

☐ Pasaporte español u otro documento de identidad en el que consten los datos personales y la nacionalidad española			
☐ Documento oficial que acredite el lugar de nacimiento en Galicia			
☐ Certificado de nacimiento que acredite la nacionalidad española			
☐ Documentación oficial que acredite que el último vecindario administrativo en España fue en Galicia de forma continuada durante diez (10) años			
☐ Certificado o acreditación de tener un año de residencia continuada en Galicia (nieto/a)			
☐ Documentación que acredite que es descendiente hasta el primer grado de consanguinidad (hijo/a) o segundo grado (nieto/a) de emigrante gallego/a o de la persona residente en Galicia más de diez (10) años			

Si presenta solicitud como cónyuge viudo/a, pareja de hecho o relación análoga y como hijos/as (caso de fallecimiento de emigrante gallego/a, de su hijo/a o de su nieto/a) (artículo 2.3.a)

☐ Documento público que acredite la identidad de la persona solicitante			
☐ Documentación acreditativa de los requisitos de la persona fallecida (emigrante gallego/a, hijo/a de emigrante o nieto/a gallego/a)			
☐ Certificado u otros documentos justificativos de la filiación o matrimonio, pareja de hecho... con la persona fallecida			
☐ Certificado oficial de defunción			

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O YA PRESENTADA CON ANTERIORIDAD (continuación)
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA QUE SE PRESENTA SEGÚN EL SUPUESTO DE AYUDA SOLICITADO

- ☐ Informe social o certificado de la situación de necesidad (artículo 4.2)
- ☐ Documento oficial de reconocimiento de la dependencia o enfermedad grave/muy grave (artículo 5.1)
- ☐ Certificado médico según el modelo del anexo III (dependencia o enfermedad grave/muy grave) (artículo 5.1)
- ☐ Documento oficial de reconocimiento de la invalidez o enfermedad permanente (artículo 5.2)
- ☐ Certificado médico según el modelo del anexo IV (invalidez o enfermedad permanente) (artículo 5.2)
- ☐ Certificado médico según el modelo del anexo V (medicamentos y tratamientos para enfermedades crónicas) (artículo 5.3)
- ☐ Acreditación de la situación de violencia de género con sentencia, orden judicial de protección, informe del Ministerio fiscal o informe social (artículo 6)
- ☐ Otros documentos justificativos que fundamenten la solicitud de ayuda, completen y faciliten la graduación del estado de necesidad

COMPROBACIÓN DE DATOS

Los documentos relacionados serán objeto de consulta a las administraciones públicas. En caso de que las personas interesadas se opongan a esta consulta, deberán indicarlo en el recuadro correspondiente y aportar una copia de los documentos.

ME OPONGO A LA
CONSULTA

Ficha de inscripción en el padrón de españoles residentes en el extranjero (PERE)

☐
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia. Presidencia. Secretaría General de la Emigración
Finalidades del tratamiento	Tramitar este procedimiento, verificar los datos y documentos que la persona interesada aporte en su solicitud para comprobar la exactitud de estos, llevar a cabo las actuaciones administrativas que se deriven e informar sobre el estado de tramitación. Así mismo, los datos personales se incluirán en la Carpeta ciudadana de cada persona interesada para facilitar el acceso a la información, tanto personal como de carácter administrativo.
Legitimación para el tratamiento	El cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos derivada de una competencia legalmente atribuida al responsable del tratamiento, así como el cumplimiento de requisitos legales impuestos a dicho responsable (artículos 6.1, letras c) y e) del RGPD y 8 de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales). En concreto, la competencia y deberes previstos en los preceptos básicos de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, general de subvenciones, y de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, así como en la Ley 9/2007, de 13 de junio, de subvenciones de Galicia, en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en la Ley 1/2016, de 18 de enero, de transparencia y buen gobierno, y en la Ley 4/2019, de 17 de julio, de administración digital de Galicia.
Destinatarios de los datos	Las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias, cuando sea necesario para la tramitación y resolución de sus procedimientos o para que las personas interesadas puedan acceder de forma integral a la información relativa a una materia.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán solicitar el acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidad y supresión de sus datos o retirar, en su caso, el consentimiento otorgado a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común, según se recoge en https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos
Contacto con la persona delegada de protección de datos y más información	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos

Doy mi consentimiento para que me remitan información de otros programas o futuras acciones promovidas por la Secretaría General de la Emigración

☐ SÍ ☐ NO

LEGISLACIÓN APLICABLE

Resolución de ___ de _____ de ____, de la Secretaría General de la Emigración, por la que se regulan y se convocan las subvenciones del Programa de ayudas económicas individuales para personas residentes en el exterior para el año 2023 (código de procedimiento PR925A).

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



DECLARACIÓN RESPONSABLE

(para cubrir por las personas beneficiarias del programa de ayudas económicas)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF/PASAPORTE

Y, EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL

PRIMER APELLIDO

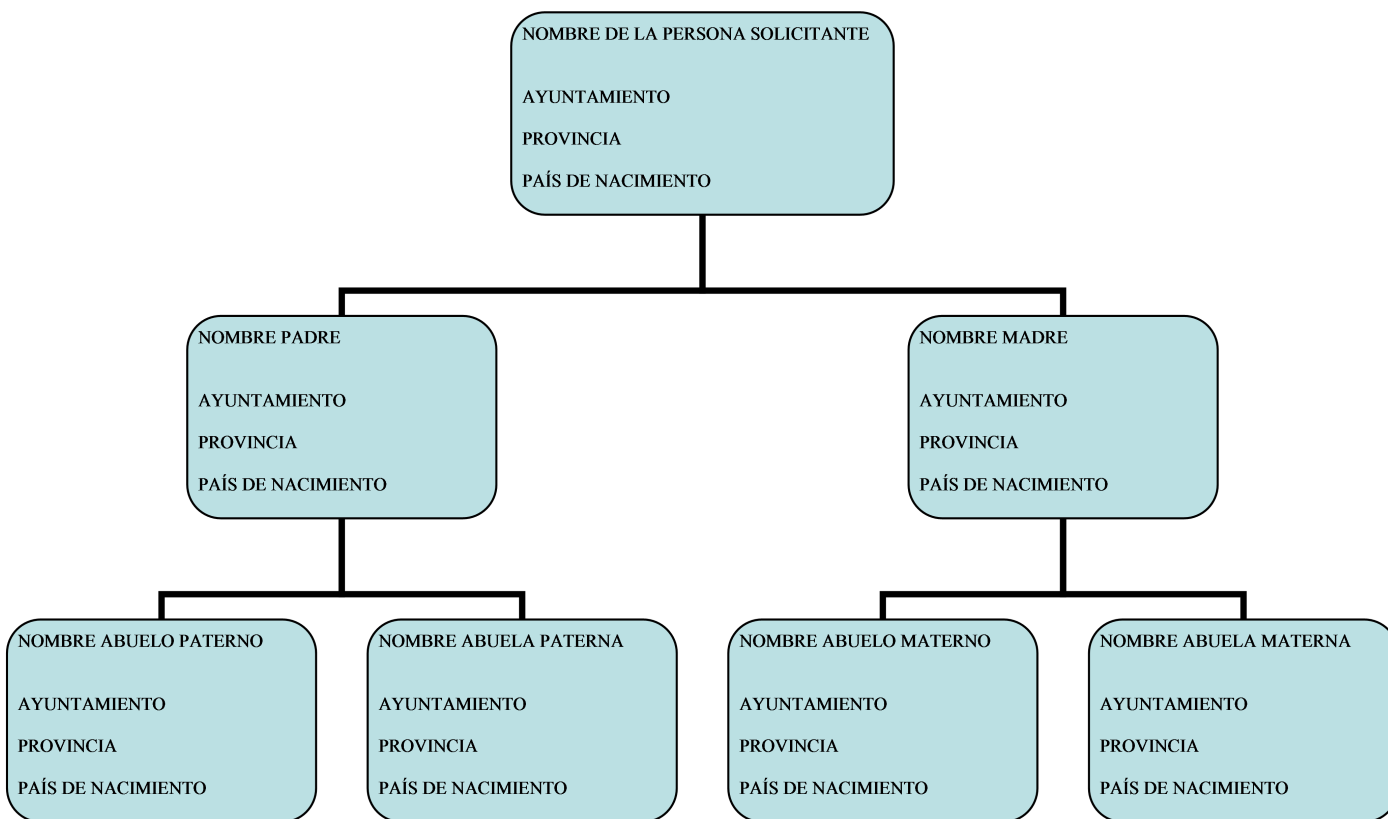
SEGUNDO APELLIDO

NIF/PASAPORTE

DECLARA, BAJO SU RESPONSABILIDAD

Y a los efectos de lo previsto en el artículo 10.1 de la resolución de la Secretaría General de la Emigración, por la que se regulan y se convocan estas subvenciones, que no variaron sus circunstancias personales y familiares, así como las referidas al patrimonio mobiliario e inmobiliario.

NOMBRE, APELLIDOS Y LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS ANTEPASADOS DE LA PERSONA SOLICITANTE



(Cúbrase hasta la persona emigrante gallega)

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

,

de

de



SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS POR ENFERMEDAD GRAVE O SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE LA PERSONA SOLICITANTE
O DE OTRA EN EL SENO DE LA UNIDAD FAMILIAR (ARTÍCULO 5.1)

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D^a.

CERTIFICA

Que una vez efectuado el correspondiente reconocimiento médico a la persona paciente (nombre y apellidos en mayúscula):

D./D^a.

SE ENCUENTRA EN LA SIGUIENTE SITUACIÓN:

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (*)	ENFERMEDAD GRAVE
1. ☐ QUE SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE CARÁCTER PERMANENTE TAL QUE PRECISA DE LA ATENCIÓN DE OTRA PERSONA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. SU GRADO DE DEPENDENCIA ES: ☐ ALTO (la persona precisa ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día) ☐ MEDIO (la persona precisa ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, una vez al día) 2. ☐ QUE NO SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE CARÁCTER PERMANENTE, POR LO QUE NO PRECISA DE LA ATENCIÓN DE OTRA PERSONA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.	QUE PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CON EL SIGUIENTE TRATAMIENTO: DEBIDO A LO EXPUESTO, LA PERSONA ENFERMA PADECE UNA ENFERMEDAD DE CARÁCTER: ☐ MUY GRAVE ☐ GRAVE INDIQUE SI LA PERSONA SOLICITANTE TIENE COBERTURA MÉDICA SUFICIENTE PARA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD: ☐ SÍ ☐ NO

(*) Dependencia: estado de carácter permanente en el cual se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Las actividades básicas de la vida diaria son las tareas más elementales de la persona que le permiten desarrollarse con un mínimo de autonomía e independencia y que están referidas al cuidado personal, a las labores domésticas básicas, a la movilidad esencial y a las funciones básicas mentales o intelectuales.

DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA/ENFERMEDAD, DE SU GRAVEDAD Y DE SUS CONSECUENCIAS/LIMITACIONES

Lugar y fecha

, de de de

FIRMA, N° DE COLEGIADO/A Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD
MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA



SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS POR INVALIDEZ O ENFERMEDAD PERMANENTE (ARTÍCULO 5.2)

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D^a.

CERTIFICA

Que una vez efectuado el correspondiente reconocimiento médico a la persona paciente (nombre y apellidos en mayúscula):

D./D^a.

PADECE LA SIGUIENTE INVALIDEZ O ENFERMEDAD PERMANENTE QUE LO/LA INCAPACITA PARA EL DESARROLLO DE CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL (descripción de la invalidez o enfermedad permanente, de su gravedad y de sus consecuencias o limitaciones):

DEBIDO A LO EXPUESTO, LA PERSONA ENFERMA SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE:

- ☐ INVALIDEZ QUE LA INCAPACITA PARA DESARROLLAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL
- ☐ ENFERMEDAD PERMANENTE QUE LA INCAPACITA PARA DESARROLLAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL
- ☐ PUEDE DESARROLLAR ACTIVIDADES LABORALES

TENIENDO EN CUENTA EL GRADO DE AUTONOMÍA:

- ☐ VÁLIDO/A
- ☐ DEPENDIENTE DE OTRA PERSONA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Lugar y fecha

, de de

FIRMA, N° DE COLEGIADO/A Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD
MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA



SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS PARA MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
QUE REQUIEREN TRATAMIENTOS CONTINUADOS (ARTÍCULO 5.3)

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D^a.

CERTIFICA

Que una vez efectuado el correspondiente reconocimiento médico a la persona paciente (nombre y apellidos en mayúscula):

D./D^a.

- INFORMO DE QUE ESTÁ AFILIADO/A Y TIENE COBERTURA DE LA SIGUIENTE MUTUALIDAD/ENTIDAD SANITARIA:

- PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES (descripción de las enfermedades, de su gravedad y de sus consecuencias y limitaciones):

- PARA LAS QUE NECESITA TOMAR LA SIGUIENTE MEDICACIÓN:

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN	DOSIS

- OTROS TIPOS DE TRATAMIENTOS NECESARIOS QUE PUEDEN OCASIONAR COSTES A LA PERSONA INTERESADA:

ESTIMACIÓN DE LOS COSTES MENSUALES DE LA MEDICACIÓN Y/O TRATAMIENTO:

Lugar y fecha

, de de

FIRMA, N° DE COLEGIADO/A Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD
MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA