

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE NUEVOS HIJOS (PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO O MENOR ACOGIDO A CARGO)

DATOS DEL SOLICITANTE

DATOS PERSONALES		DNI/NIE		Número de la Seguridad Social			
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		Apellidos de soltera	
Domicilio habitual: (calle, plaza...)				Número	Bloque	Escalera	Piso
				Puerta	Nº de teléfono		
Código postal	Localidad		Provincia			País	

DATOS DEL OTRO PROGENITOR/A, ADOPTANTE O ACOGEDOR/A PERMANENTE O PREADOPTIVO

DATOS PERSONALES		DNI/NIE		Número de la Seguridad Social			
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		Apellidos de soltera	

DATOS DEL CAUSANTE

DATOS PERSONALES		DNI/NIE		Número de la Seguridad Social			
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad		Si es extranjero y reside en España: tipo de residencia <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal, vencimiento <input type="checkbox"/> En trámite, fecha de solicitud			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		¿Reside en España? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		País de nacimiento		Indique el país:	

DATOS SOBRE CONVIVENCIA/DEPENDENCIA ECONÓMICA

Convive con el solicitante <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		¿Trabaja? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		¿Está en desempleo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		¿Cobra prestación de desempleo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
Con el otro progenitor <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		Ingresos mensuales actuales (rendimientos integros excluidos los gastos deducibles según legislación fiscal)					
¿Cobra alguna/s prestación/es o subsidio/s incluido/s otro/s de protección familiar? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		La ha solicitado <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		Cuantía mensual			
Clase de prestación		Organismo		País			

DATOS SOBRE LA MINUSVALÍA

¿Está incapacitado por sentencia judicial? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		¿Tiene título de minusvalía? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
¿Tiene reconocido algún grado de minusvalía? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		Porcentaje reconocido %	
¿Tiene carácter permanente? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		En su caso, fecha vencimiento	
¿Tiene reconocida la ayuda de 3ª persona? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		La ha solicitado, fecha de solicitud	

DECLARACIÓN DE INGRESOS (cuando se solicita para hijos no minusválidos).

DEL SOLICITANTE (sólo si es progenitor/a, adoptante o acogedor/a familiar permanente o preadoptivo).	
Declaro que los ingresos, por cualquier concepto (trabajadores por cuenta ajena: rendimientos de trabajo brutos y trabajadores por cuenta propia: rendimientos de trabajo netos añadiendo las cotizaciones sociales), correspondientes al año anterior a la solicitud ascendieron a la cantidad de euros (indíquese si es otro tipo de moneda).	
DEL OTRO PROGENITOR/A, ADOPTANTE O ACOGEDOR/A, FAMILIAR PERMANENTE O PREADOPTIVO	
Declaro que los ingresos, por cualquier concepto (trabajadores por cuenta ajena: rendimientos de trabajo brutos y trabajadores por cuenta propia: rendimientos de trabajo netos añadiendo las cotizaciones sociales), correspondientes al año anterior a la solicitud ascendieron a la cantidad de euros (indíquese si es otro tipo de moneda).	

....., a de de 20

Firma del solicitante