

MOLT IMPORTANT
Llegiu les instruccions per a omplir la sol·licitud

MUY IMPORTANTE
Leer instrucciones para cumplimentar la solicitud

**SOL·LICITUD DEL PROGRAMA VACANCES SOCIALS PER A MAJORS DE
LA COMUNITAT VALENCIANA. ANY 2016**

**SOLICITUD DEL PROGRAMA VACACIONES SOCIALES PARA MAYORES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. AÑO 2016**

Termini de presentació: 16 de juny fins al 20 de juliol de 2015
Plazo de presentación: del 16 de junio al 20 de julio de 2015

Podrà presentar la sol·licitud a:

- Direccions territorials de la Conselleria de Benestar Social a València, Castelló i Alacant.
- Oficines Prop de la Comunitat Valenciana.
- Registre de la Conselleria de Benestar Social - Torre 4 - Centre Administratiu 9 d'octubre.
- Als registres dels òrgans administratius on es dirigeixen o davant de qualsevol òrgan administratiu que pertanyi a l'Administració General de l'Estat, a la de qualsevol administració de les comunitats autònomes, o a la d'alguna de les entitats que formen l'Administració Local si, en este últim cas, s'haguera subscrit el conveni oportú, així com a les representacions diplomàtiques o a les oficines consulars d'Espanya a l'estranger.
- També en qualsevol oficina de Correus. En este cas s'haurà de presentar en sobre obert perquè es puga estampar el segell i la data en l'imprés de sol·licitud i en la còpia.

Podrá presentar la solicitud en:

- *Direcciones territoriales de la Conselleria de Bienestar Social de Valencia, Castellón y Alicante.*
- *Oficinas Prop de la Comunitat Valenciana.*
- *Registro de la Conselleria de Bienestar Social - Torre 4 - Centro Administrativo 9 de octubre.*
- *En los registros de los órganos administrativos a que se dirijan o ante cualquier órgano administrativo que pertenezca a la Administración General del Estado, a la de cualquier administración de las comunidades Autónomas, o a la de alguna de las entidades que forman la Administración Local si, en este último caso, se hubiera suscrito el oportuno convenio, así como en las representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el extranjero.*
- *También en cualquier oficina de Correos. En este caso se deberá presentar en sobre abierto para que se pueda estampar el sello y la fecha en el impreso de solicitud y en la copia.*



SOL-LICITUD DEL PROGRAMA DE VACANCES SOCIALS PER A MAJORS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE VACACIONES SOCIALES PARA MAYORES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

A DADES DE LA PERSONA SOL-LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Masculí Masculino <input type="checkbox"/> Femení Femenino	NÚM. AFILIACIÓ SS / Nº AFILIACIÓN S.S.	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIF
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO, PLANTA I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO, PLANTA Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON FIX / TELÉFONO FIJO	TELÈFON MÒBIL / TELÉFONO MÓVIL

B DADES DEL CÒNJUGE / DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Masculí Masculino <input type="checkbox"/> Femení Femenino	NÚM. AFILIACIÓ SS / Nº AFILIACIÓN SS	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIF

C OMPLIU EN EL CAS QUE VULGA PARTICIPAR UN FAMILIAR A CÀRREC, DISCAPACITAT (vegeu condicions per a l'admissió)

CUMPLIMENTAR EN EL SUPUESTO DE QUE QUIERA PARTICIPAR UN FAMILIAR A CARGO, DISCAPACITADO (ver condiciones para la admisión)

PRIMER COGNOM PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	DNI/NIF	GRAU DISCAPACITAT GRADO DISCAPACIDAD	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
----------------------------------	----------------------------------	--------------	---------	---	------------------------------------

D DADES ECONÒMIQUES: PENSIÓ O PENSIONS (*) / DATOS ECONÓMICOS: PENSIÓN O PENSIONES (*)

PROCEDÈNCIA DE LA PENSIÓ (marqueu amb x) / PROCEDENCIA DE LA PENSIÓN (marque con X)

SOL-LICITANT SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> SEGURETAT SOCIAL SEGURIDAD SOCIAL	CÒNJUGE CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> SEGURETAT SOCIAL SEGURIDAD SOCIAL
	<input type="checkbox"/> CLASSES PASSIVES CLASES PASIVAS		<input type="checkbox"/> CLASSES PASSIVES CLASES PASIVAS
	<input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA		<input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA
	<input type="checkbox"/> ALTRES (especifiqueu procedència i envieu certificat): OTRAS (especificar procedencia y enviar certificado):		<input type="checkbox"/> ALTRES (especifiqueu procedència i envieu certificat): OTRAS (especificar procedencia y enviar certificado):
Indiqueu quantia mensual: indicar cuantía mensual: _____		Indiqueu quantia mensual: indicar cuantía mensual: _____	

(*) S'indica la quantia total de les pensions que perceben ambdós cònjuges, incloses les procedents d'altres països.
Se indicará la cuantía total de las pensiones que perciban ambos cónyuges, incluidas las procedentes de otros países.

E OMPLIU NOMÉS EN EL CAS QUE VULGUEU UNIR LA VOSTRA SOL-LICITUD A UNA ALTRA DE LA VOSTRA MATEIXA PROVÍNCIA

CUMPLIMENTAR SÓLO EN EL SUPUESTO DE QUE QUIERA UNIR SU SOLICITUD A OTRA DE SU MISMA PROVINCIA

COGNOMS I NOM DE LA PERSONA QUE FIGURA COM A TITULAR D'UNA ALTRA SOL-LICITUD APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIGURA COMO TITULAR DE OTRA SOLICITUD	DNI/NIF
--	---------

F DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Els sotassinats declaren que són certes totes les dades que antecedixen i són conscients que l'ocultació o falsedat en estes pot ser motiu de l'anul·lació de l'expedient o l'anul·lació de l'ajuda concedida.

Que no patixen malaltia infectocontagiosa que pugua posar en perill les persones participants en el programa, ni trastorns o alteracions de comportament que puguen alterar la normal convivència i que es valen per si mateixos.

Que autoritzen expressament la Conselleria de Benestar Social perquè pugua verificar les dades reflectides en la present sol·licitud amb les que es troben en les Administracions Públiques i en la Seguretat Social.

Los abajo firmantes declaran que son ciertos cuantos datos anteceden y son conscientes de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación del expediente o la anulación de la ayuda concedida.

Que no padecen enfermedad infecto-contagiosa que pueda poner en peligro a las personas participantes en el programa, ni trastornos o alteraciones de comportamiento que puedan alterar la normal convivencia y que se valen por sí mismos.

Que autorizan expresamente a la Conselleria de Bienestar Social para que pueda verificar los datos reflejados en la presente solicitud con los que obran en la Administraciones Públicas y en la Seguridad Social.

_____, ____ d _____ de _____
La persona sol·licitant / La persona solicitante El/La cònjuge / El/La cónyuge

Firma: _____ Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

A DADES DE LA PERSONA SOL-LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Masculí / Masculino <input type="checkbox"/> Femení / Femenino		NÚM. AFILIACIÓ SS / Nº AFILIACIÓN S.S.		DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIF
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO, PLANTA I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO, PLANTA Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÉFON FIX / TELÉFONO FIJO	TELÉFON MÒBIL / TELÉFONO MÓVIL

B DADES DEL CÒNJUGE / DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Masculí / Masculino <input type="checkbox"/> Femení / Femenino		NÚM. AFILIACIÓ SS / Nº AFILIACIÓN SS		DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIF

**C OMPLIU EN EL CAS QUE VULGA PARTICIPAR UN FAMILIAR A CÀRREC, DISCAPACITAT (vegeu condicions per a l'admissió)
CUMPLIMENTAR EN EL SUPUESTO DE QUE QUIERA PARTICIPAR UN FAMILIAR A CARGO, DISCAPACITADO (ver condiciones para la admisión)**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	DNI/NIF	GRAU DISCAPACITAT / GRADO DISCAPACIDAD	DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO
---------------------------------	---------------------------------	--------------	---------	--	-----------------------------------

D DADES ECONÒMIQUES: PENSIÓ O PENSIONS (*) / DATOS ECONÓMICOS: PENSIÓN O PENSIONES (*)

PROCEDÈNCIA DE LA PENSIÓ (marqueu amb x) / PROCEDENCIA DE LA PENSIÓN (marque con X)			
SOL-LICITANT / SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> SEGURETAT SOCIAL / SEGURIDAD SOCIAL	CÒNJUGE / CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> SEGURETAT SOCIAL / SEGURIDAD SOCIAL
	<input type="checkbox"/> CLASSES PASSIVES / CLASES PASIVAS		<input type="checkbox"/> CLASSES PASSIVES / CLASES PASIVAS
	<input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA		<input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA
	<input type="checkbox"/> ALTRES (especifiqueu procedència i envieu certificat): / OTRAS (especificar procedencia y enviar certificado):		<input type="checkbox"/> ALTRES (especifiqueu procedència i envieu certificat): / OTRAS (especificar procedencia y enviar certificado):
Indiqueu quantia mensual: / indicar cuantia mensual: _____		Indiqueu quantia mensual: / indicar cuantia mensual: _____	

(*) S'indicarà la quantia total de les pensions que perceben ambdós cònjuges, incloses les procedents d'altres països.
Se indicará la cuantía total de las pensiones que perciban ambos cónyuges, incluidas las procedentes de otros países.

**E OMPLIU NOMÉS EN EL CAS QUE VULGUEU UNIR LA VOSTRA SOL-LICITUD A UNA ALTRA DE LA VOSTRA MATEIXA PROVÍNCIA
CUMPLIMENTAR SÓLO EN EL SUPUESTO DE QUE QUIERA UNIR SU SOLICITUD A OTRA DE SU MISMA PROVINCIA**

COGNOMS I NOM DE LA PERSONA QUE FIGURA COM A TITULAR D'UNA ALTRA SOL-LICITUD / APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIGURA COMO TITULAR DE OTRA SOLICITUD		DNI/NIF	
---	--	---------	--

F DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Els sotsignats declaren que són certes totes les dades que antecedixen i són conscients que l'ocultació o falsedat en estes pot ser motiu de l'anul·lació de l'expedient o l'anul·lació de l'ajuda concedida.

Que no patixen malaltia infectocontagiosa que pugja posar en perill les persones participants en el programa, ni trastorns o alteracions de comportament que puguen alterar la normal convivència i que es valen per si mateixos.

Que autoritzen expressament la Conselleria de Benestar Social perquè pugja verificar les dades reflectides en la present sol·licitud amb les que es troben en les Administracions Públiques i en la Seguretat Social.

Los abajo firmantes declaran que son ciertos cuantos datos anteceden y son conscientes de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación del expediente o la anulación de la ayuda concedida.

Que no padecen enfermedad infecto-contagiosa que pueda poner en peligro a las personas participantes en el programa, ni trastornos o alteraciones de comportamiento que puedan alterar la normal convivencia y que se valen por sí mismos.

Que autorizan expresamente a la Conselleria de Bienestar Social para que pueda verificar los datos reflejados en la presente solicitud con los que obran en la Administraciones Públicas y en la Seguridad Social.

_____, ____ d _____ de _____
La persona sol·licitant / La persona solicitante El/La cònjuge / El/La cónyuge

Firma: _____ Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

APEGAR FOTOCÒPIES DNI / PEGAR FOTOCOPIAS D.N.I.

SOL-LICITANT / SOLICITANTE

Apegueu ací la fotocòpia de l'anvers del document nacional d'identitat de la persona sol·licitant.
Pegar aquí la fotocopia del anverso del documento nacional de identidad de la persona solicitante.

Apegueu ací la fotocòpia del revers del document nacional d'identitat de la persona sol·licitant.
Pegar aquí la fotocopia del reverso del documento nacional de identidad de la persona solicitante.

CÒNJUGE / CÓNYUGE

Apegueu ací la fotocòpia de l'anvers del document nacional d'identitat de la persona sol·licitant.
Pegar aquí la fotocopia del anverso del documento nacional de identidad de la persona solicitante.

Apegueu ací la fotocòpia del revers del document nacional d'identitat de la persona sol·licitant.
Pegar aquí la fotocopia del reverso del documento nacional de identidad de la persona solicitante.

FAMILIAR A CÀRREC (DISCAPACITAT) / FAMILIAR A CARGO (DISCAPACIDAD)

Apegueu ací la fotocòpia de l'anvers del document nacional d'identitat de la persona sol·licitant.
Pegar aquí la fotocopia del anverso del documento nacional de identidad de la persona solicitante.

Apegueu ací la fotocòpia del revers del document nacional d'identitat de la persona sol·licitant.
Pegar aquí la fotocopia del reverso del documento nacional de identidad de la persona solicitante.

INSTRUCCIONS PER A OMLIR LA SOL-LICITUD

- Llegiu atentament els requisits per a participar i la documentació a aportar.
- Escriviu amb claretat i si és possible en majúscules les dades.
- Assegureu-vos que heu omplert totes les caselles que ens permeten la vostra ràpida localització: carrer/plaça..., núm. de pati, planta, porta, codi postal, municipi, província i el o els telèfons.
- Escriviu en l'**apartat D** les dades de la pensió del sol·licitant i cònjuge, si cal, i en cas que hàgeu marcat la casella altres n'heu de remetre certificat.
- Si desitgeu unir la vostra sol·licitud a una altra persona, empleneu l'**apartat E** amb claretat amb les dades d'eixa persona, la qual cal que haja formulat una sol·licitud pròpia. Només poden unir-se dos sol·licituds d'una mateixa província. En un altre cas l'apartat quedarà sense efecte.
- **ASSEGUREU'VOS** que tant el SOL-LICITANT com el CÒNJUGE, en cas que siga ACOMPANYANT, signen en l'apartat F.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- Lea atentamente los requisitos para participar y la documentación a aportar.
- Escriba con claridad los datos, a ser posible con letras mayúsculas.
- Asegúrese de rellenar todas las casillas que permitan su localización: calle/plaza..., nº de patio, planta, puerta, código postal, municipio y provincia así como el o los números de teléfono.
- En el **punto D** especifique los datos de la pensión del solicitante y cónyuge, si procede, y si ha marcado la casilla otros remita certificado de esta.
- Si desea unir su solicitud a la de otra persona, rellene el **apartado E** claramente con los datos de dicha persona que deberá haber formulado solicitud propia. Sólo es posible unir entre sí dos solicitudes de una misma provincia. Si no es así este apartado quedará sin efecto.
- **ASEGÚRESE** de que tanto el SOLICITANTE como el CÓNYUGE, si figura como acompañante, FIRMAN EN EL APARTADO F.

REQUISITS PER A ACCEDIR AL PROGRAMA L'ANY 2016

Podran sol·licitar places en el Programa les persones que complisquen els requisits següents:

1. Presentar la sol·licitud dins del termini establert.
2. Ser major de 65 anys o major de 60 i pensionista, a 31 de desembre de 2015.
3. Estar actualment empadronat en algun dels municipis de la Comunitat Valenciana amb una antiguitat d'almenys un any immediatament anterior a l'1 de juny de 2015.
4. No patir malaltia infectocontagiosa.
5. Poder valdre's per si mateix i no patir trastorns o alteracions de comportament que puguen alterar la normal convivència.
6. Poden ser beneficiaris del programa els familiars a càrrec amb discapacitat igual o superior al 45 % que formen part de la unitat familiar del sol·licitant, sempre que el viatge el realitze amb els seus familiars i ocupe llit supletori en la mateixa habitació.
7. Els CÒNJUGES de les persones sol·licitants hauran de reunir obligatòriament els requisits 3, 4 i 5 anteriorment indicats.
8. Abonar l'import corresponent a l'efectuar la reserva. Els preus inclouen allotjament en pensió completa i habitació doble a compartir. En cas d'optar per habitació individual (subjecte a disponibilitat) es pagarà un suplement per nit, establert per contracte.

DOCUMENTACIÓ

Se'ls requerirà perquè aporten tots o alguns dels següents documents en cas que es detecte alguna discordança de les dades de la sol·licitud.

(La documentació es referix tant al sol·licitant principal com al cònjuge i/o familiar discapacitat, si són acompanyants en la sol·licitud)

- Fotocòpia DNI.
- Certificat d'empadronament actual emès per l'ajuntament del municipi de la CV, especificant-hi l'antiguitat.
- Certificat de pensió.
- En el cas de familiar discapacitat a càrrec (de 45% o més de discapacitat) que siga acompanyant, que no ha de ser el cònjuge, certificat de discapacitat expedit per l'organisme competent.

REQUISITOS PARA ACCEDER AL PROGRAMA EN EL AÑO 2016

Podrán solicitar plazas en el Programa, las personas que cumplan los siguientes requisitos:

1. Presentar la solicitud dentro del plazo establecido.
2. Ser mayor de 65 años, o mayor de 60 y pensionista, a 31 de diciembre de 2015.
3. Estar empadronado actualmente en alguno de los municipios de la Comunitat Valenciana con una antigüedad mínima de un año inmediatamente anterior al 1 de junio de 2015.
4. No padecer enfermedad infecto-contagiosa.
5. Poder valerse por sí mismo y no padecer trastornos o alteraciones de comportamiento que puedan alterar la normal convivencia.
6. Pueden ser beneficiarios del programa los familiares a cargo con discapacidad igual o superior al 45% que formen parte de la unidad familiar del solicitante, siempre que el viaje lo realice con sus familiares y ocupe cama supletoria en la misma habitación.
7. Los CÒNYUGES de las personas solicitantes deberán reunir obligatoriamente los requisitos 3, 4 y 5 anteriormente indicados.
8. Abonar el importe correspondiente al efectuar la reserva. Los precios incluyen alojamiento en pensión completa y habitación doble a compartir. En caso de optar por habitación individual (sujeto a disponibilidad) se pagará un suplemento por noche, establecido por contrato.

DOCUMENTACIÓN

Se les requerirá para que aporten todos o alguno de los siguientes documentos, en caso que se detecte alguna discordancia en los datos de la solicitud.

(La documentación se refiere tanto al solicitante principal como del cónyuge y/o familiar discapacitado, si son acompañantes en la solicitud)

- Fotocopia DNI.
- Certificado de empadronamiento actual emitido por el ayuntamiento del municipio de la CV, especificando la antigüedad en el mismo.
- Certificado de pensión.
- En el caso de familiar discapacitado a cargo (de 45% o más de discapacidad) que sea acompañante, que no ha de ser el cónyuge, certificado de discapacidad expedido por el organismo competente.