

SAP

*SINDICATO DE LA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA*

MINISTERIO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MAP

**PLAN DE
ACCIÓN SOCIAL
2009**

**PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS DEL DEPARTAMENTO
-FUNCIONARIOS Y PERSONAL LABORAL-**

MODELO DE INSTANCIAS

SINDICATO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Tlf: 912 732 340. Fax: 912 729 359 ; 912 732 341. E-Mail: sap@sap-sindicato.es

WEB: WWW.SAP-SINDICATO.ES



ANEXO I

SOLICITUD DE AYUDAS DE ACCION SOCIAL

Sólo debe presentarse una solicitud por empleado público

Plazo de solicitud: desde el día siguiente a la publicación del Plan hasta el 15 de Febrero de 2009

1.- DATOS DEL SOLICITANTE:

N.I.F.		Apellidos:		Nombre:	
Correo electrónico:			Telf.:		Destino:
			Fax:		
Domicilio puesto de trabajo: C/					
Localidad:				Código Postal:	
Estado civil:				Nº hijos a su cargo:	
<input type="checkbox"/> En excedencia con reserva del puesto de trabajo					
Funcionario	de Carrera	<input type="checkbox"/>	Grupo: ___ Nivel: ___		
	Interino	<input type="checkbox"/>	Grupo: ___ Nivel: ___ (Nº meses de contrato de 03-08 a 02-09) ___		
Laboral	Fijo	<input type="checkbox"/>	Grupo: ___		
	Temporal	<input type="checkbox"/>	Grupo: ___ (Nº meses de contrato de 03-08 a 02-09) ___		
Organismo al que cotiza		MUFACE <input type="checkbox"/>		SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/>	

- El empleado o empleada ha prestado sus servicios en el MAP durante los 12 meses del año 2007
- El empleado o empleada **no** ha prestado sus servicios en el MAP durante los 12 meses del año 2007

2.- AYUDAS PERSONALES:

<input type="checkbox"/> GASTOS SANITARIOS			
Datos documentos de pago			
Nombre expedidor o establecimiento	NIF	Fecha	Importe

<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD		<input type="checkbox"/> Uso vehículo propio	
		<input type="checkbox"/> Uso transporte público no colectivo	
Datos documentos de pago			
Nombre expedidor o establecimiento	NIF	Fecha	Importe

<input type="checkbox"/> FORMACIÓN Y PROMOCIÓN	<input type="checkbox"/> ESTUDIOS OFICIALES MEDIOS <input type="checkbox"/> ESTUDIOS OFICIALES UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/> IDIOMAS <input type="checkbox"/> PRUEBAS SELECTIVAS			
Datos documentos de pago				
Tipo formación	Estudios que se realizan	Centro de estudios	Fecha	Importe

<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	A: <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Domicilio particular (C/, localidad, C.P.): Domicilio de trabajo (C/, localidad, C.P.):
	B: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autorizo a que mis datos de empadronamiento sean recabados de oficio por la Sub. Gral. de Acción Social y Formación <input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/> ALQUILER DE VIVIENDA	Fecha contrato: _____	Fecha recibo: _____
	Nº arrendatarios: _____	Importe recibo: _____
NIF expedidor: _____ Nombre expedidor: _____		
<input type="checkbox"/> Autorizo a que los datos sobre propiedad catastral sean recabados de oficio por la Sub. Gral. de Acción Social y Formación <input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/> COMPRA DE PRIMERA VIVIENDA	Fecha escritura: _____		
Documentos de pago			
Nombre expedidor	NIF	Fecha	Importe
<input type="checkbox"/> Autorizo a que los datos sobre propiedad catastral sean recabados de oficio por la Sub. Gral. de Acción Social y Formación <input type="checkbox"/>			

3.- AYUDAS FAMILIARES

DATOS DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO		
NOMBRE	NIF	RETRIBUCIONES POR TRABAJO 2007
<input type="checkbox"/> ES TRABAJADOR DEL MAP		

<input type="checkbox"/> GASTOS SANITARIOS			
APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS CAUSANTES	Fecha nacimiento	Parentesco	
Datos documento de pago			
Nombre expedidor	NIF	Fecha	Importe

<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD			
APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS CAUSANTES		Fecha nacimiento	Parentesco

Datos documento de pago

Nombre expedidor	NIF	Fecha	Importe

<input type="checkbox"/> DESCENDIENTES A CARGO	APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS CAUSANTES		FECHA NACIMIENTO

<input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES A CARGO	NIF	APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS CAUSANTES	Ingresos 2007	Parentesco

• Autorizo a que los datos de empadronamiento sean recabados de oficio por la Sub. Gral. de Acción Social y Formación

<input type="checkbox"/> NACIMIENTO, ADOPCIÓN O ACOGIDA	APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS CAUSANTES		Fecha nacimiento

Declaro que los datos arriba consignados son ciertos.

AUTORIZO a la Subdirección General de Acción Social y Formación, a efectos de la gestión de las ayudas de Acción Social, el uso y tratamiento automatizado de los datos que se recogen en esta solicitud (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

..... a de de 2009

Fdo.:

Subdirección General de Acción Social y Formación. Plaza de Juan Zorrilla, 1 – 28003-MADRID



ANEXO III

SOLICITUD DE AYUDA DE ACCION SOCIAL DE CARÁCTER EXCEPCIONAL

Plazo de solicitud: desde el día siguiente a la publicación del Plan hasta el 30 de Abril de 2009

1.- DATOS DEL SOLICITANTE:

D.N.I.:		Apellidos:		Nombre:	
Correo electrónico:		Teléfono:	Destino:		
		Fax:			
Domicilio puesto de trabajo:					
Localidad:				Código Postal:	
<input type="checkbox"/> En excedencia con reserva del puesto de trabajo					
Funcionario	de Carrera	<input type="checkbox"/>	Grupo: ____ Nivel: ____		
	Interino	<input type="checkbox"/>	Grupo: ____ Nivel: ____ (Nº meses de contrato de 03-08 a 02-09) ____		
Laboral	Fijo	<input type="checkbox"/>	Grupo: ____		
	Temporal	<input type="checkbox"/>	Grupo: ____ (Nº meses de contrato de 03-08 a 02-09) ____		
Organismo al que cotiza		MUFACE <input type="checkbox"/>		SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/>	

EXPLICACIÓN DEL GASTO:

DATOS DOCUMENTOS DE PAGO:			
Nombre expedidor	NIF	Fecha	Importe

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD:

Declaro que los datos arriba consignados son ciertos.

AUTORIZO a la Subdirección General de Acción Social y Formación, a efectos de la gestión de las ayudas de Acción Social, el uso y tratamiento automatizado de los datos que se recogen en esta solicitud (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

..... a de de 2009

Fdo.:



ANEXO II

SOLICITUD DE AYUDAS POR FALLECIMIENTO

PLAN DE ACCION SOCIAL 2009

DATOS DEL TRABAJADOR FALLECIDO:

D.N.I./NIF	Apellidos:	Nombre:
Fecha de fallecimiento:	Puesto de trabajo:	
Categoría laboral:	Destino:	
Dirección del puesto de Trabajo:		
Población:		

DATOS DE LOS HEREDEROS

Apellidos y Nombre	D.N.I.	Parentesco
Domicilio a efectos de notificaciones:		
C/		
Población		
Código Postal	Teléfono:	

NÚMERO DE C/C DONDE EFECTUAR LA TRANSFERENCIA BANCARIA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... a de de 2009

Fdo.: