

**VICEPRESIDÈNCIA I CONSELLERIA D'IGUALTAT I
POLÍTIQUES INCLUSIVES
VICEPRESIDENCIA Y CONSELLERIA DE IGUALDAD Y
POLÍTICAS INCLUSIVAS**

**SOL·LICITUD DEL PROGRAMA VACANCES SOCIALS PER A MAJORS DE
LA COMUNITAT VALENCIANA. ANY 2019**

**SOLICITUD DEL PROGRAMA VACACIONES SOCIALES PARA MAYORES DE LA
COMUNITAT VALENCIANA. AÑO 2019**

MOLT IMPORTANT

Llegir instruccions i emplenar la sol·licitud amb lletra clara i/o majúscules

MUY IMPORTANTE

Leer instrucciones y cumplimentar la solicitud con letra clara y/o mayúsculas

Termini de presentació: del 13 de juny fins al 13 de juliol de 2018

Plazo de presentación: del 13 de junio al 13 de julio de 2018

Podrà presentar la sol·licitud en:

- Direccions territorials de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives a València, Castelló i Alacant.
- Oficines Prop de la Comunitat Valenciana.
- Registre de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives - Torre 4 - Centre Administratiu 9 d'octubre.
- En qualsevol dels registres i en la forma reglamentàriament establida en l'art. 16.4 de Llei 39/2015 de Procediment Administratiu Comú.
- En cas de presentar en oficina de Correus, fer-ho en sobre obert perquè correus puga estampar el segell i data en imprès de sol.licitud dirigit a Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques inclusives - CA90 - C / De la Democràcia, 77 - 46018 VALÈNCIA i en la còpia del sol·licitant.

Podrà presentar la solicitud en:

- Direcciones territoriales de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de Valencia, Castellón y Alicante.
- Oficinas Prop de la Comunitat Valenciana.
- Registro de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas - Torre 4 - Centro Administrativo 9 de octubre.
- En cualquiera de los registros y en la forma reglamentariamente establecida en art. 16.4 de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común.
- En caso de presentar en oficina de Correos, hacerlo en sobre abierto para que Correos pueda estampar el sello y fecha en impreso de solicitud dirigido a Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives – CA90 – C/ De la Democràcia, 77 - 46018 VALÈNCIA y en la copia del solicitante.

REQUISITS PER A ACCEDIR AL PROGRAMA L'ANY 2019

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

1. Sol·licitud presentada dins del termini establert.
2. Ser major de 65 anys, o tenir complits els 60 sent pensionista del sistema públic, a 31 de desembre de 2018.
3. Estar actualment empadronat en algun dels municipis de la Comunitat Valenciana.
4. Poder valdre's per si mateix i no patir trastorns o alteracions de comportament que puguin alterar la normal convivència.
5. Pot ser beneficiari del programa un familiar a càrrec (fill/a) amb discapacitat igual o superior al 45 % que forme 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.
6. Els/Les CÒNJUGES acompanyants de les persones sol·licitants hauran de reunir obligatòriament els requisits 3 i 4 anteriorment indicats.
7. Per a viatjar, cal 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

D'acord amb l'art. 28.2 de la llei 39/15, en cas que els sol·licitants no autoritzen per a que l'òrgan administratiu gestor del programa, consulte a les xarxes corporatives de l'Administració les dades necessàries per poder participar, haurà d'enviar còpies compulsades o certificats dels documents, tant del sol·licitant com de cònjuge i/o fill/a discapacitat/da a càrrec, si figuren en sol·licitud:

- Còpia de dni o nie.
- Certificat d'empadronament actual emès per l'ajuntament.
- Certificat de pensió (en el cas de pensió estrangera és obligatori, especificant l'import mensual en euros).
- En cas de fill/a discapacitat/da a càrrec (de 45% o més de discapacitat) que siga acompanyant, còpia de certificat de discapacitat expedit per l'organisme competent.

INSTRUCCIONS PER A OMLIR LA SOL·LICITUD

- Escriga amb claredat totes les dades, tant els de cadascun dels participants (DNI o NIE, nom i cognoms, data de naixement... etc) com els que permeten la seua fàcil localització (adreça completa, municipi, c.p., telèfon...). Les errades o manca de dades podran causar l'exclusió de la sol·licitud.
- **En el apartat D** especifique les dades de la pensió del sol·licitant i cònjuge, si escau, i si ha marcat la casella de pensió estrangera/altres n'heu de remetre certificat de la mateixa.
- Si desitja unir la seua sol·licitud a la d'una altra persona, ompli l'**apartat E** amb les dades d'aquesta persona que ha de ser de la mateixa província i haver formulat sol·licitud pròpia. No serà efectiva la unió si s'impliquen a més de dos expedients entre si i/o quan la puntuació en barem final d'ambdós expedients aquest descompensada.
- **ASSEGURE'S que, com a SOL·LICITANT principal, SIGNA en l'APARTAT F i l'APARTAT G, en el qual DEURAN TAMBÉ SIGNAR el/la CÒNJUGE i/o FILL/A DISCAPACITAT/A a càrrec, en cas que siguen acompanyants.**

REQUISITOS PARA ACCEDER AL PROGRAMA EN EL AÑO 2019

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

1. *Solicitud presentada dentro del plazo establecido.*
2. *Ser mayor de 65 años, o tener cumplidos los 60 siendo pensionista del sistema público, a 31 de diciembre de 2018.*
3. *Estar empadronado actualmente en alguno de los municipios de la Comunitat Valenciana.*
4. *Poder valerse por sí mismo y no padecer trastornos o alteraciones de comportamiento que puedan alterar la normal convivencia.*
5. *Puede ser beneficiario del programa un familiar a cargo (hijo/a) con discapacidad igual o superior al 45% que forme parte de la unidad familiar del solicitante, siempre que el viaje lo realice con sus familiares y ocupe cama supletoria en la misma habitación.*
6. *Los/Las CÒNYUGES acompañantes de las personas solicitantes deberán reunir obligatoriamente los requisitos 3 y 4 anteriormente indicados.*
7. *Para viajar, se ha de 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

De acuerdo con el art. 28.2 de la ley 39/15, en caso que los solicitantes no autoricen para que el órgano administrativo gestor del programa, consulte en las redes corporativas de la Administración los datos necesarios para poder participar, tendrá que enviar copias compulsadas o certificados de los siguientes documentos, tanto del solicitante como de cónyuge y/o hijo/a discapacitado/a a cargo, si figuran en solicitud:

- Copia de dni o nie
- Certificado de empadronamiento actual emitido por el ayuntamiento
- Certificado de pensión (en el caso de pensión extranjera es obligatorio, especificando el importe mensual en euros)
- En caso de hijo/a discapacitado/a a cargo (de 45% o más de discapacidad) que sea acompañante, copia de certificado de discapacidad expedido por el organismo competente.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- *Escriba con claridad todos los datos, tanto los de cada uno de los participantes (DNI o NIE, nombre y apellidos, fecha de nacimiento... etc) como los que permiten su fácil localización (dirección completa, municipio, c.p., teléfono...). Los errores o falta de datos podrán causar la exclusión de la solicitud.*
- **En el apartado D** especifique los datos de la pensión del solicitante y cónyuge, si procede, y si ha marcado la casilla de pensión extranjera/otros remita certificado de la misma.
- Si desea unir su solicitud a la de otra persona, rellene el **apartado E** con los datos de dicha persona que deberá ser de la misma provincia y haber formulado solicitud propia. No será efectiva la unió si se implican a más de dos expedientes entre sí y/o cuando la puntuación en baremo final de ambos expedientes esté descompensada.
- **ASEGÚRESE que, como SOLICITANTE principal, FIRMA en el APARTADO F y el APARTADO G, en el que DEBERÁN TAMBIÉN FIRMAR el/ la CONYUGE y/o HIJO/A DISCAPACITADO/A a cargo, en caso que sean acompañantes.**

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE		DNI/NIF o NIE	
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Masculí <input type="checkbox"/> Femení	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	TELÈFON 1 / TELÉFONO 1		TELÈFON 2 / TELÉFONO 2			
DOMICILI (CARRER / PLAÇA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA)				NÚMERO/PLANTA/ESCALA/PORTA / NÚMERO/PISO/ESCALERA/PUERTA			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA		POBLACIÓ I PROVÍNCIA D'EMPADRONAMENT / POBLACIÓN Y PROVINCIA DE EMPADRONAMIENTO			

**B DADES DEL CÒNJUGE (ACOMPANYANT)
DATOS DEL CÓNJUGE (ACOMPAÑANTE)**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE			
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Masculí <input type="checkbox"/> Femení	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIF o NIE		POBLACIÓ I PROVÍNCIA D'EMPADRONAMENT / POBLACIÓN Y PROVINCIA DE EMPADRONAMIENTO			

**C OMLIU EN CAS QUE VULGA PARTICIPAR FILL/A DISCAPACITAT/DA A CÀREC (vegeu condicions per a l'admissió)
CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE QUIERA PARTICIPAR UN HIJO/A DISCAPACITADO/A A CARGO (ver condiciones para la admisión)**

PRIMER COGNOM PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE		DNI/NIF o NIE	
GRAU DISCAPACITAT GRADO DISCAPACIDAD	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	POBLACIÓ I PROVÍNCIA D'EMPADRONAMENT / POBLACIÓN Y PROVINCIA DE EMPADRONAMIENTO					

**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	CÒNJUGE CÓNJUGE
<input type="checkbox"/> SEGURETAT SOCIAL SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> CLASSES PASSIVES CLASES PASIVAS <input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA <input type="checkbox"/> ESTRANGERA - ALTRA (Especificar procedència i enviar certificat) EXTRANJERA - OTRA (Especificar procedencia y enviar certificado)	<input type="checkbox"/> SEGURETAT SOCIAL SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> CLASSES PASSIVES CLASES PASIVAS <input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA <input type="checkbox"/> ESTRANGERA - ALTRA (Especificar procedència i enviar certificat) EXTRANJERA - OTRA (Especificar procedencia y enviar certificado)
Indiqueu quantia mensual: indicar cuantia mensual: _____	Indiqueu quantia mensual: indicar cuantia mensual: _____
	<input type="checkbox"/> NO PERCEP PENSIÓ NO PERCIBE PENSIÓN

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

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI/NIF o NIE	
---------------------	--	--------------	--	---------------	--

**F SIGNATURA DE LA PERSONA SOL·LICITANT PRINCIPAL
FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE PRINCIPAL**

Firma: _____ La persona sol·licitant / La persona solicitante	REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
EMPLENAR A MÉS LES SIGNATURES EN L'APARTAT G CUMPLIMENTAR ADEMÁS LAS FIRMAS EN EL APARTADO G	
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		DNI/NIF o NIE	
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Masculí / Masculino <input type="checkbox"/> Femení / Femenino		DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO		TELÈFON 1 / TELÉFONO 1		TELÈFON 2 / TELÉFONO 2	
DOMICILI (CARRER / PLAÇA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA)				NÚMERO/PLANTA/ESCALA/PORTA / NÚMERO/PISO/ESCALERA/PUERTA			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA		POBLACIÓ I PROVÍNCIA D'EMPADRONAMENT / POBLACIÓN Y PROVINCIA DE EMPADRONAMIENTO			

**B DADES DEL CÒNJUGE (ACOMPANYANT)
DATOS DEL CÓNYUGE (ACOMPAÑANTE)**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE		
SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Masculí / Masculino <input type="checkbox"/> Femení / Femenino		DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIF o NIE	POBLACIÓ I PROVÍNCIA D'EMPADRONAMENT / POBLACIÓN Y PROVINCIA DE EMPADRONAMIENTO		

**C OMLIU EN CAS QUE VULGA PARTICIPAR FILL/A DISCAPACITAT/DA A CÀRREC (vegeu condicions per a l'admissió)
CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE QUIERA PARTICIPAR UN HIJO/A DISCAPACITADO/A A CARGO (ver condiciones para la admisión)**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE		DNI/NIF o NIE	
GRAU DISCAPACITAT / GRADO DISCAPACIDAD		DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	POBLACIÓ I PROVÍNCIA D'EMPADRONAMENT / POBLACIÓN Y PROVINCIA DE EMPADRONAMIENTO				

**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 <input type="checkbox"/> CLASSES PASSIVES / CLASES PASIVAS <input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA <input type="checkbox"/> ESTRANGERA - ALTRA (Especificar procedència i enviar certificat) / EXTRANJERA - OTRA (Especificar procedencia y enviar certificado) Indiqueu quantia mensual: <i>indicar cuantia mensual:</i> _____	CÒNJUGE CÓNYUGE <input type="checkbox"/> SEGURETAT SOCIAL / SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> CLASSES PASSIVES / CLASES PASIVAS <input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA <input type="checkbox"/> ESTRANGERA - ALTRA (Especificar procedència i enviar certificat) / EXTRANJERA - OTRA (Especificar procedencia y enviar certificado) Indiqueu quantia mensual: <i>indicar cuantia mensual:</i> _____ <input type="checkbox"/> NO PERCEP PENSIÓ / NO PERCIBE PENSIÓN
---	--

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

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI/NIF o NIE	
---------------------	--	--------------	--	---------------	--

**F SIGNATURA DE LA PERSONA SOL·LICITANT PRINCIPAL
FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE PRINCIPAL**

Firma: _____ La persona sol·licitant / La persona solicitante EMPLENAR A MÉS LES SIGNATURES EN L'APARTAT G CUMPLIMENTAR ADEMÁS LAS FIRMAS EN EL APARTADO G	REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE
---	--

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CHAP - IAC

DIN - A4

**F.1 DECLARACIÓ I CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ
DECLARACIÓN Y CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN**

La/les persones que subscriuen la sol·licitud DECLARA/N que es valen per si mateixos, que són certs les dades consignades en el present formulari i que són conscients que l'ocultació o falsedat en els mateixos pot ser motiu d'anul·lació de l'expedient o de l'ajuda concedida.

La/s personas que suscriben la solicitud DECLARA/N que se valen por sí mismos, que son ciertos los datos consignados en el presente formulario y que son conscientes de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de anulación del expediente o de la ayuda concedida.

Així mateix ACCEPTE/N, d'acord amb el que es disposa en l'article 28.2 de la Llei 39/2015 d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques, i en l'article 5 del Decret 165/2010 de 8 d'octubre del Consell, pel qual s'estableixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV n° 6367 de 14/10/2010) que l'òrgan administratiu gestor del programa de Vacances Socials per a Majors verifique les dades consignades en aquesta sol·licitud, a través de les seues xarxes corporatives o mitjançant consulta en les plataformes d'intermediació de dades o altres sistemes electrònics habilitats a aquest efecte.

Asimismo ACEPTA/N, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y en el artículo 5 del Decreto 165/2010 de 8 de octubre del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la administración de la Generalitat y su sector público (DOCV nº 6367 de 14/10/2010) que el órgano administrativo gestor del Programa de Vacaciones Sociales para Mayores verifique los datos consignados en esta solicitud, a través de sus redes corporativas, que el órgano administrativo gestor del programa de Vacaciones Sociales para Mayores verifique los datos consignados en esta solicitud, a través de sus redes corporativas o mediante consulta en las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En cas de no acceptar que l'òrgan administratiu gestor de Vacances Socials per a Majors consulte les dades necessàries per al tràmit correcte d'aquesta sol·licitud, haurà de marcar la següent casella:

En caso de no aceptar que el órgano administrativo gestor de Vacaciones Sociales para Mayores consulte los datos necesarios para el trámite correcto de esta solicitud, tendrá que marcar la siguiente casilla :

No autoritze/ No autorizo (*)

(*) Si vostè marca la casella de "no autoritze", deurà necessàriament aportar la següent documentació, referida a cadascun dels quals subscriuen la present sol·licitud: 1.- Còpies de NIF / DNI o NIE . 2.- Certificats de pensió. 3.- Certificats d'empadronament actual, 4.- (En cas de fill/a discapacitat/a a càrrec) el corresponent certificat de discapacitat.

() Si usted marca la casilla de "no autorizo", deberá necesariamente aportar la siguiente documentación, referida a cada uno de los que suscriben la presente solicitud: 1.- Copias de NIF / DNI o NIE 2.- Certificados de pensión 3.- Certificados de empadronamiento actual, 4.- (En el caso de hijo/a discapacitado/a a cargo) el correspondiente certificado de discapacidad.*

G SIGNATURES I DATA / FIRMAS Y FECHA

A: La persona sol·licitant /
La persona solicitante

b.1.: El/la cónjuge acompanyant /
El/la cónyuge acompañante

b.2.: Fill/a discapacitat/da a càrrec(acompanyant) /
Hijo / a discapacitado/ a a cargo (acompañante)

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

_____, ____ d _____ de 2018

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: Les dades de caràcter personal continguts en aquest imprès seran inclosos en un fitxer per al seu tractament per l'òrgan administratiu de Generalitat Valenciana gestor del programa de vacances socials per a majors de la Comunitat Valenciana, sense que puguin ser utilitzats per a finalitats diferents a l'objectiu d'aquesta sol·licitud.

Asimismo, se li informa de la possibilitat d'exercir drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot açò de conformitat amb el que es disposa en l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/99 de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE n.º 298 de 14/12/99).

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Los datos de carácter personal contenidos en este impreso serán incluidos en un fichero para su tratamiento por el órgano administrativo de Generalitat Valenciana gestor del programa de vacaciones sociales para mayores de la Comunitat Valenciana, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas al objetivo de esta solicitud.

Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE n.º 298 de 14/12/99).