

ANEXO I
AYUDAS DE ACCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL LABORAL DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD,
PROCEDENTE DEL EXTINTO CONSORCIO ARAGONÉS SANITARIO DE ALTA RESOLUCION.

TIPO DE AYUDA QUE SE SOLICITA (Señalar con una X en la casilla correspondiente)	
AYUDAS DE ESTUDIOS PARA EMPLEADOS	<input type="checkbox"/> AYUDAS PARA HIJOS MINUSVÁLIDOS/ CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>
AYUDAS DE ESTUDIOS PARA HIJOS Y HUERFANOS	<input type="checkbox"/> AYUDAS PARA GUARDERIAS * <input type="checkbox"/>
SUBSIDIO POR DEFUNCIÓN	<input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ ABSOLUTA <input type="checkbox"/>
COMPENSACIÓN DE GASTOS EXTRAORDINARIOS DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRAFICO	<input type="checkbox"/> APORTACIÓN PLAN DE PENSIONES <input type="checkbox"/>
AYUDAS DE CARÁCTER EXCEPCIONAL	<input type="checkbox"/> AYUDAS POR GASTOS DE SEPELIO <input type="checkbox"/>

DATOS DEL SOLICITANTE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	N.I.F
DOMICILIO (Calle, Avenida, Paseo, Plaza....)		LOCALIDAD	
PROVINCIA	C. POSTAL	TELÉFONO	
CENTRO DE TRABAJO	LOCALIDAD	TELÉFONO	
1.- LABORAL INDEFINIDO. 2.- LABORAL TEMPORAL. (indicar fecha de ingreso)	<input type="checkbox"/>	1.-PERSONAL LABORAL QUE SE LE APLICA EL ACUERDO DEL 12 FEBRERO DE 2007. (Indicar fecha de ingreso)	<input type="checkbox"/>
		CONYUGE O HIJOS DEL EMP. FALLECIDO (Indicar fecha de fallecimiento del empleado)	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIOS DE LAS AYUDAS DE ESTUDIOS O GUARDERÍAS				
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTUDIOS Y CURSO QUE REALIZA	GRUPO	DESPLAZAMIENTOS

BENEFICIARIOS DE LAS AYUDAS A MINUSVÁLIDOS / DISCAPACITADOS	
APELLIDOS Y NOMBRE	GRADO MINÚSVALIA/ DISCAPACIDAD

*La acreditación de la estancia y período mensual en guardería de los hijos deberá formularse en el modelo acreditativo de gastos en guarderías.

DECLARO BAJO JURAMENTO O PROMESA que no he percibido otra ayuda por el mismo concepto, que son ciertos los datos anteriores y quedo enterado/a de las responsabilidades que me asigna la normativa reguladora del sistema de prestaciones de Acción Social en el caso de existencia de cualquier deformación o falsedad consignada en la presente solicitud o en la documentación aportada.

En _____, a _____ de _____ 20____
 (Firma del Solicitante)

GERENCIA DEL SECTOR _____