

# Solicitud

## Programa para la Prevención de la Exclusión Social enero 2024

### DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (Sólo se formulará una solicitud por unidad convivencial).

|                                   |                      |                     |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------|
| Nombre y Apellidos:               |                      | REGISTRO DE ENTRADA |
| N.I.F o C.I.F.:                   | Fecha de Nacimiento: |                     |
| Localidad:                        | Provincia:           |                     |
| Domicilio:                        |                      |                     |
| CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO): | TELÉFONO:            |                     |

### Como Solicitante del Programa para la Prevención de la Exclusión Social declaro bajo mi responsabilidad lo siguiente:

**DATOS DE MIEMBROS QUE COMPONEN LA UNIDAD FAMILIAR**, (a efectos de ingresos, sólo computarán los del padre/madre e hijas/hijos menores de 25 años, o mayores de 25 con discapacidad, que convivan y estén empadronados en el domicilio). La unidad familiar no podrá superar los 900 €/mes si la conforma un solo miembro, 1.080 €/mes si la conforman dos miembros, 1.260 €/mes si la conforman tres, 1440 €/mes si la conforman cuatro, 1.620 €/mes si la conforman cinco, 1.800 €/mes si la conforman seis, 1.980 €/mes si la conforman siete, 2.160 €/mes si la conforman ocho. También se tendrá en cuenta la media de ingresos de los últimos 6 meses (julio - diciembre 2023).

#### MAYORES DE EDAD

| Apellidos y Nombre | DNI/NIF | Parentesco  | Ingresos Mensuales | Firma |
|--------------------|---------|-------------|--------------------|-------|
| .....              | .....   | SOLICITANTE | .....              | ..... |
| .....              | .....   | .....       | .....              | ..... |
| .....              | .....   | .....       | .....              | ..... |
| .....              | .....   | .....       | .....              | ..... |
| .....              | .....   | .....       | .....              | ..... |

#### MENORES DE EDAD

| Apellidos y Nombre | Edad  |
|--------------------|-------|
| .....              | ..... |
| .....              | ..... |
| .....              | ..... |
| .....              | ..... |
| .....              | ..... |

#### AUTORIZACIÓN EXPRESA:

- La persona solicitante **AUTORIZA** al Ayuntamiento de Mairena del Aljarafe a consultar los datos que figuran en el padrón municipal y la antigüedad como desempleado/a.
- NO AUTORIZA.**

