

PEON	OF. ALBAÑIL

<b>A RELLENAR POR LA ADMINISTRACION</b>	
DESEMPLEO	
RENTAS	
MIEMBROS UNIDAD	
EMPADRONAMIENTO	
TOTAL, PUNTOS	

## **SOLICITUD PARTICIPACION PLAN DE EMPLEO 2020 DIPUTACION PROVINCIAL CIUDAD**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**DNI.:**

**TELEFONO:**

**FECHA DESEMPLEO:**

**UNIDAD FAMILIAR (MARCAR UNA OPCION):**

**FECHA NACIMIENTO:**

	VIVE SOLO
	PAREJA SIN HIJOS
	CON ___ HIJOS/AS (edades: _____ )
	CON PADRES Y HERMANOS
TOTAL MIEMBROS	

**¿HAS TRABAJADO EN EL AYUNTAMIENTO Y/O LEGADO BUSTILLO? SI NO**

Fecha de Finalización del último trabajo en el que hayas participado \_\_\_\_\_

**¿HA TRABAJADO ALGUN MIEMBRO DE TU UNIDAD FAMILIAR EN AYUNTAMIENTO Y/O LEGADO BUSTILLO?**

Fecha de Finalización del último trabajo en el que haya participado \_\_\_\_\_

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

- X FOTOCOPIA DEL DNI/NIE Y DE LA TARJETA SANITARIA (O DE AFILIACIÓN) DEL SOLICITANTE.
- X FOTOCOPIA DEL LIBRO DE FAMILIA (CUANDO HAYA HIJOS).
- X FOTOCOPIA DE LA MATRÍCULA DE ESTUDIOS DE LOS HIJOS MAYORES DE 16 AÑOS.
- X FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE DESEMPLEO DEL SOLICITANTE Y DEMÁS MIEMBROS DESEMPLEADOS.
- X FOTOCOPIA DE LA ÚLTIMA NÓMINA (ENERO) DE TRABAJO DE LOS MIEMBROS QUE HAYAN ESTADO O SE ENCUENTREN TRABAJANDO.
- X FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO RECIBO DE HIPOTECA O ALQUILER, Y CONTRATO EN SU CASO.
- X FOTOCOPIA DE PENSIONES.
- X FOTOCOPIA SENTENCIA DIVORCIO/ CONVENIO REGULADOR.
- X FOTOCOPIA RECIBOS TRASPASO DE PENSIÓN ALIMENTARIA HIJOS / DENUNCIAS.
- X CERTIFICADO BANCARIO CON EL IMPORTE DE LA PRESTACIÓN DEL INEM (SUBSIDIO O PARO).
- X CERTIFICADO DEL CENTRO BASE DE LA DISCAPACIDAD, EN SU CASO
- X FOTOCOPIA DE CONTRATO DE TRABAJO EN LA CATEGORIA DE OFICIAL
  - Y PARA MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE SEAN AUTONOMOS/AS:
- X FOTOCOPIA DE LA DECLARACIÓN TRIMESTRAL DEL IRPF.
- Autorizo al Ayuntamiento de la Solana a comprobar los datos de prestaciones provenientes de otras administraciones públicas.

LA SOLANA, \_\_\_\_ DE FEBRERO DE 2021

EL SOLICITANTE,