



A N E X O S



ANEXO I- Modelo de Solicitud ayudas Acción Social 2019

Sólo utilizar en casos previstos en el punto 6.1. de las Bases.

Espacio reservado para Registro de Entrada de la solicitud

--	--

1.- DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE (deberán cumplimentarse todas las casillas)

APELLIDOS:	NOMBRE:	N.I.F.:
RELACIÓN LABORAL: ☐ LABORAL FIJO ☐ LABORAL TEMPORAL ☐ PERSONAL FUNCIONARIO/A CARRERA ☐ PERSONAL FUNCIONARIO/A INTERINO	ESTADO CIVIL:	Nº HIJOS A CARGO (ANEXO II):
ORGANISMO AL QUE COTIZA: ☐ MUFACE ☐ SEGURIDAD SOCIAL	PUESTO DE TRABAJO:	
	FECHA INICIO EN LA ADMÓN PENITENCIARIA:	
	CENTRO POR EL QUE SE PERCIBE LA NÓMINA:	
	TFNO	e-mail

2-DOCUMENTACIÓN GENERAL OBLIGATORIA PARA TODOS LOS PROGRAMAS (excepto: Jubilación, Fallecimiento, Extraordinarias y 25 años):

Para ayudas personales:

- Certificado/s de ingresos y retenciones anual 2018.
- Estimación ingresos: En caso de no haber trabajado toda la anualidad 2018 o a jornada completa (ver bases de la convocatoria).
- En los casos de I.T. presentar además certificado de MUFACE/Seg. Social.
- ANEXO IV: Cuando el solicitante y/o cónyuge/pareja acreditada RESIDAN O TENGA ADJUDICADO pabellón o residencia.

- Para ayudas familiares deberá aportar además:

- Fotocopia compulsada del/los libro/s de familia.
- En el caso parejas, deberán acreditar su unión mediante Certificado de inscripción en los Registros Oficiales de parejas de hecho o certificado de convivencia.
- ANEXO II: Declaración responsable sobre hijos a cargo de la unidad familiar.
- ANEXO III: Declaración responsable del solicitante sobre el derecho a percibir ayuda/s por hijos comunes, obligatoria su presentación cuando ambos progenitores pertenezcan a la Administración Penitenciaria y pida uno o los dos.

3- ÁREA SOCIO-SANITARIA: DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA OBLIGATORIA (Marcar con una cruz las ayudas que solicite)

☐ AYUDAS SANITARIAS Personal Dirigidas a personal que cotiza al Régimen General de Seguridad Social.	-Factura/s por prestaciones sanitarias, a nombre del solicitante, especificando el concepto en cualquiera de sus modalidades, donde consten los datos del profesional o centro que haya intervenido, con identificación fiscal, fecha de expedición, concepto desglosado de los servicios prestados sin enmiendas ni tachaduras. (En caso de facturas odontológicas especificar orden de pieza/s y tratamiento. En el caso de lentillas debe especificar el tipo). -La fecha del gasto y de la factura debe estar comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018. -Prescripción/graduación del médico oftalmólogo o centro óptico para gafas, sustitución cristales o lentillas. -En caso de ayudas ópticas para baja visión o ayudas prismáticas, como para audifono, se requiere informe médico del especialista con diagnóstico y prescripción. -En caso de celiacía: informe especialista y Anexo VI (declaración responsable de no haber percibido durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el concepto de celiacía).
☐ AYUDAS SANITARIAS Familiar Exclusivamente hijos hasta 15 años, cumplidos a 31-12-2018. Dirigidas personal cotizan al Régimen General de S. Social	-Documentación acreditativa de que el hijo/s por el que solicita la ayuda consta como beneficiario del solicitante en el Régimen General de la Seguridad Social. -Factura/s por prestaciones sanitarias, a nombre del solicitante o del causante, especificando el concepto en cualquiera de sus modalidades, donde consten los datos del causante del gasto, los datos del profesional o centro que haya intervenido, con identificación fiscal, fecha de expedición, concepto desglosado de los servicios prestados sin enmiendas ni tachaduras. (En caso de facturas odontológicas especificar orden de pieza/s y tratamiento. En el caso de lentillas debe especificar el tipo). -La fecha del gasto y de la factura debe estar comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018. -Prescripción/graduación del médico oftalmólogo o centro óptico para gafas, sustitución cristales o lentillas. -En caso de ayudas ópticas para baja visión o ayudas prismáticas, como para audifono, se requiere informe médico del especialista con diagnóstico y prescripción. -En caso de celiacía: informe especialista y Anexo VI (declaración responsable de no haber percibido durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el concepto de celiacía).



☐ <u>CUIDADO ASCENDIENTES DISCAPACITADOS A CARGO</u>	-Original escaneado de la certificación acreditativa del grado de discapacidad igual o superior al 65 % reconocida por el IMSERSO o el órgano competente de las Comunidades Autónomas. -Certificado actualizado, a fecha de presentación de solicitudes, del Órgano competente de las Comunidades Autónomas y Administración Local de no estar percibiendo ningún tipo de prestación, ayuda o servicio. -Certificación de no ser usuario de plaza en Residencia de mayores. -Los solicitantes que coticen por M.U.F.A.C.E./SEGURIDAD SOCIAL deberán presentar un certificado de no percepción de dicha ayuda, tanto del petitionerario como de su cónyuge o pareja acreditada, si este último también fuera trabajador de Instituciones Penitenciarias y cotizara a estos regímenes. -Certificado de que el causante de la ayuda, no percibe ningún tipo prestación por subsidio o pensión derivado de la Seguridad Social. (Referenciado al IPREM del año en curso (7.519,59 euros). -Fe de vida actualizada del ascendiente discapacitado, a fecha de plazo de presentación de solicitudes. -Certificado de convivencia o empadronamiento familiar, no inferior a un año a fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes, donde figuren el solicitante, el ascendiente discapacitado y todas las personas que conviven en el domicilio del trabajador.
☐ <u>AYUDAS POR DISCAPACIDAD</u>	-Original escaneado de la certificación acreditativa del grado de discapacidad igual o superior al 65 % reconocida por el IMSERSO o el órgano competente de las Comunidades Autónomas. -Factura o certificado que acredite un gasto por conceptos/servicios NO SUBVENCIONADOS O PRESTADOS por ningún otro Organismo o Entidad, por cuantía no inferior a 250 euros. La fecha de gastos y de la factura debe estar comprendida en el año 2018. -Anexo VI: declaración responsable de no haber percibido durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el concepto/servicio facturado. ▪ Cuando la ayuda se solicite para cónyuge/pareja acreditada, ADEMÁS DEBERÁ APORTARSE: -Certificado actualizado, a fecha de presentación de solicitudes, del Órgano competente de las Comunidades Autónomas y Administración Local de no estar percibiendo, ningún tipo de prestación, ayuda o servicio. -Los solicitantes que coticen por M.U.F.A.C.E./SEGURIDAD SOCIAL deberán presentar un certificado de no percepción de dicha ayuda, tanto del petitionerario como de su cónyuge o pareja acreditada, si este último también fuera trabajador de Instituciones Penitenciarias y cotizara a estos regímenes. -Certificado de que el causante de la ayuda, no percibe ningún tipo prestación por actividad laboral, subsidio o pensión derivado de la Seguridad Social (referenciado al IPREM del año en curso (7.519,59 euros).

4.- ÁREA DE APOYO AL BIENESTAR SOCIAL: **DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA OBLIGATORIA (Marcar con una cruz las ayudas que solicite)**

☐ <u>TRANSPORTE SERVICIOS CENTRALES</u>	-Fotocopia compulsada del documento personal de transporte público. -Acreditación gasto mediante factura emitida por el Consorcio Regional de Transportes de Madrid o RENFE, o comprobantes de recarga de tarjeta, originales o copias siempre que sean legibles. En el documento acreditativo del gasto, deberán figurar los datos del empleado o los datos de identificación del Documento de Transporte presentado.
☐ <u>PROGRAMA PUNTUAL DEL CENTRO PENITENCIARIO DE ARABA</u>	Documentación Especifica.- Ninguna
☐ <u>JUBILACIÓN</u>	Documentación Especifica.- Ninguna
☐ <u>RECONOCIMIENTO 25 AÑOS</u>	Documentación Especifica.- MODELO 1 (figura en Anexos de la convocatoria) acreditativo del cumplimiento de los 25 años de servicio efectivo prestado en la Institución Penitenciaria, firmado por el Director de la Unidad/Subd. Gral. II.PP.

5.- ÁREA DE FORMACIÓN Y PROMOCIÓN: **DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA OBLIGATORIA (Marcar con una cruz las ayudas que solicite)**

☐ <u>PROMOCIÓN INTERNA</u>	-Certificado original de presentación al primer examen expedido por el tribunal correspondiente. -Factura de asistencia a centros académicos y/o de adquisición de material didáctico (Manuales o Libros). En el caso de preparadores particulares, deberá acompañarse además fotocopia compulsada de la Agencia Estatal de Administración Tributaria de alta del preparador en el impuesto de actividades económicas.								
☐ <u>EDUCACIÓN INFANTIL</u> (Hijos nacidos en 2018, 2017, 2016 Y 2015)	<table border="1"><thead><tr><th>Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.</th><th>Fecha de nacimiento</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> - Justificante/s acreditativo del pago/s de matrícula o asistencia a Centro Educativo, durante el periodo de cobertura, por una cantidad no inferior a 150€. - Teniendo en cuenta que la concesión de ayuda está condicionada a un gasto ocasionado al solicitante o a la unidad familiar, ha de tenerse en cuenta: - En el caso de separados, divorciados, solteros con hijos, el gasto deberá justificarse por cualquier medio, que acredite la vinculación con el solicitante. - Cuando en los casos mencionados, los dos posibles solicitantes pertenezcan a la Administración Penitenciaria, y opten a uno de los porcentajes de ayuda expresados en el Anexo III, el porcentaje del pago realizado por el solicitante debe corresponderse con la opción elegida.	Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento						
Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento								



Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento
Documentación Especifica.- Ninguna	

Incluir sólo apellidos y nombre de los hijos por los que se solicita ayuda.	Fecha de nacimiento
❖ Para los estudios No Universitarios: • Certificado de matrícula por estudios oficiales durante el periodo de cobertura, en el que se detalle los estudios. ❖ Para Estudios Universitarios: • Carta de pago o Justificante acreditativo de pago/s realizado/s, en concepto de estudios oficiales (matrícula), durante el periodo de cobertura, por una cantidad no inferior a 150€, donde consten claramente los estudios objeto de la ayuda, nombre del alumno y la fecha efectiva de pago. Pudiendo acreditarse presentando alguno de los siguientes documentos: - Recibo bancario. - Impreso de autoliquidación sellado por la entidad bancaria. - Estado actualizado del pago de matrícula descargado de la WEB de la Universidad. Teniendo en cuenta que la concesión de esta ayuda está condicionada a un gasto ocasionado al solicitante o a la unidad familiar, se considera que: - En el caso de separados, divorciados, solteros con hijos, <u>el gasto</u> deberá justificarse por cualquier medio, que acredite <u>la vinculación con el solicitante</u>. - Cuando en los casos mencionados los dos posibles solicitantes pertenezcan a la Administración Penitenciaria, y opten a uno de los porcentajes de ayuda expresados en el Anexo III, el porcentaje del pago realizado por el solicitante debe corresponderse con la opción elegida. En caso de hijos mayores de 26 años con una discapacidad igual o superior al 33%, deberán presentar, además, copia del certificado oficial y actualizado de discapacidad declarada por el IMSERSO o por el Órgano Competente de las Comunidades Autónomas a las que se haya transferido esta materia.	

LA SOLICITUD DE AYUDA DEBE IR FIRMADA Y LLEVAR FECHA DE REGISTRO. TODAS LAS FOTOCOPIAS DEBEN ESTAR COMPULSADAS.

DECLARO QUE SON CIERTOS CUANTOS DATOS FIGURAN EN LA PRESENTE SOLICITUD: El solicitante y, en su caso, familiares de éste, consienten expresamente en el tratamiento de sus datos de carácter personal, incluidos los relativos a la salud con la exclusiva finalidad de que por la Subdirección General de Recursos Humanos se tramite adecuadamente la solicitud. Los afectados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Subdirección General de Recursos Humanos.

En, a de de 2019

Fdo.:.....

IMPORTANTE: No se admitirán instancias sin firmar y/o fuera de los plazos establecidos para la presentación de solicitudes.
SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS. Servicio de Relaciones Laborales.



A N E X O - II

**DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE HIJOS A CARGO DE LA UNIDAD FAMILIAR
(Obligatorio presentar en las ayudas referidas a hijos)**

D/D^a.:

Con N.I.F.....

Relacionar a todos los hijos de 0 a 26 años a fecha 31 de diciembre de 2018, que convivan y dependan económicamente del solicitante, aún cuando alguno/s no sea destinatario de ayuda/s (a efectos de computo en el porcentaje del Baremo).

DECLARO bajo mi responsabilidad que los hijos, que se relacionan a continuación, cumplen ambos requisitos:

1.-Convivencia actual en mi domicilio familiar.

2.-Dependencia económica del solicitante: Se entenderá dependencia económica, cuando el/los hijo/s por el/los que se solicita la ayuda carece/n de ingresos, rentas de trabajo o pensión o éstos fueran iguales o inferiores al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) del año en curso (7.519,59 euros).

Nombre y apellidos hijos a cargo	Fecha de nacimiento	Grado de Discapacidad

Y para que conste a efectos de solicitar ayudas de la Acción Social de 2019 de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, firmo la presente.

Ena.....de de 2019.

Fdo.:



A N E X O – III

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL SOLICITANTE SOBRE EL DERECHO A PERCIBIR AYUDA/S POR HIJOS Y/O
ASCENDIENTES COMUNES**

(Obligatorio presentar cuando ambos solicitantes sean empleados de la Administración Penitenciaria, independientemente de que uno de ellos o los dos soliciten ayudas por hijos comunes).

Conforme al Acuerdo de fecha 27 de julio del 2011, Administración- Sindicatos, en el supuesto de que ambos cónyuges, pareja acreditada, ex cónyuges o separados judicialmente, **sean empleados de la Administración Penitenciaria**, podrán causar derecho a favor de los hijos y/o ascendientes comunes, en los siguientes términos:

- Uno de ellos, a elección de los mismos.
- De no existir esa elección, ambos generarán el derecho al 50%.

1.- Yo, D/Dª:con N.I.F.....

Empleado/a público de la Administración Penitenciaria, **hago constar que:** (Marcar lo que proceda)

☐ Cónyuge D/Dª.....con D.N.I.....

☐ Pareja acreditada Dª.....con D.N.I.....

☐ Excónyuge o separado/a judicialmente D/Dª.....con D.N.I.....

☐ Expareja D/Dª.....con D.N.I.....

es empleado público de la Administración Penitenciaria.

2.-Elijo que la Opción sobre el derecho a percibir la ayuda por hijos y/o ascendientes comunes corresponde:

☐ **Al declarante al 100%**, como único solicitante por acuerdo entre ambos, por los siguientes hijos y/o ascendientes:

.....
.....
.....
.....

☐ **A ambos solicitantes al 50%**, al no existir elección de los mismos, por los siguientes hijos y/o ascendientes:

.....
.....
.....
.....

En..... a.....de..... de 2019

Fdo.:



ANEXO - IV

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE RESIDIR O TENER ADJUDICADO PABELLÓN Y/O RESIDENCIA

D/D^a:
Con N.I.F.....

DECLARO: Que yo, mi cónyuge, pareja acreditada **RESIDIMOS O TENEMOS ADJUDICADO un pabellón o residencia** de los adscritos a los Centros Penitenciarios (conforme a la Instrucción 7/14, por la que se regula la cesión de uso de viviendas para el personal funcionario y laboral de Instituciones Penitenciarias).

Y para que conste a efectos de solicitar ayudas de la Acción Social de 2019 de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, firmo la presente.

Ena dede 2019

Fdo.:



ANEXO -V

BAREMO

Cuadro indicativo del orden de prelación conforme a los ingresos brutos del año 2018 del empleado (de menor a mayor) y según el Número de hijo/s a cargo.

Rentas íntegras personales hasta	<u>Sin Hijos</u> ayudas personales	<u>Número de Hijos</u>		
		1	2	3 ó más
Euros	%	%	%	%
20.000	100,00	100,00	100,00	100,00
22.000	90,91	100,00	100,00	100,00
24.000	83,33	91,67	100,00	100,00
26.000	76,92	84,62	96,15	100,00
28.000	71,43	78,57	89,29	100,00
30.000	66,67	73,33	83,33	96,67
32.000	62,50	68,75	78,13	90,63
34.000	58,82	64,71	73,53	85,29
36.000	55,56	61,11	69,44	80,56
38.000	52,63	57,89	65,79	76,32
40.000	50,00	55,00	62,50	72,50
42.000	47,62	52,38	59,52	69,05
44.000	45,45	50,00	56,82	65,91
46.000	43,48	47,83	54,35	63,04
48.000	41,67	45,83	52,08	60,42
50.000	40,00	44,00	50,00	58,00
52.000	38,46	42,31	48,08	55,77
54.000	37,04	40,74	46,30	53,70
56.000	35,71	39,29	44,64	51,79
58.000	34,48	37,93	43,10	50,00
60.000	33,33	36,67	41,67	48,33
62.000	32,26	35,48	40,32	46,77
64.000	31,25	34,38	39,06	45,31
66.000	30,30	33,33	37,88	43,94
68.000	29,41	32,35	36,76	42,65

Para el cálculo del porcentaje de la ayuda/s a obtener se aplicará la siguiente fórmula:

20.000 euros x 100 dividido por las retribuciones íntegras del empleado/a

En caso de disfrutar de pabellón los ingresos brutos se multiplicarán por 1'5

El porcentaje resultante se modifica según el número de hijos a cargo.

Con un descendiente se incrementa en un 10%

Con dos descendientes se incrementa en un 25%

Con tres descendientes se incrementa en un 45%



A N E X O -VI

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS DE DISCAPACIDAD Y/O CELIAQUÍA

D/D^a.:

Con D.N.I.:

➤ **Para solicitudes de la AYUDA DE DISCAPACIDAD:**

DECLARO bajo mi responsabilidad que el cónyuge, pareja acreditada e hijos del empleado público que figuran a continuación **no han percibido durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el concepto/servicio facturado.**

Nombre y apellidos por el/los que se solicita la ayuda de Discapacidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Grado Discapacidad

➤ **Para solicitudes de la AYUDA DE CELIAQUÍA:**

DECLARO bajo mi responsabilidad que los causantes de esta ayuda que figuran a continuación **no han percibido** durante el periodo de cobertura, ningún tipo de ayuda de entidad pública o privada, por el **concepto de celiacía.**

Nombre y apellidos del Causante por el/los que se solicita la ayuda de Celiacía	Fecha de nacimiento

Y para que conste a efectos de solicitar dichas ayudas de la Acción Social de 2019 de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, firmo la presente.

a.....de de 2019.

Fdo.:



SOLICITUD DE FALLECIMIENTO

<u>DATOS DEL CAUSANTE:</u>		
APELLIDOS:	NOMBRE:	D.N.I.
CUERPO/CATEGORÍA PROFESIONAL: ☐ LABORAL FIJO/FIJA ☐ LABORAL TEMPORAL ☐ FUNCIONARIO/A CARRERA ☐ FUNCIONARIO/A PRÁCTICAS ☐ FUNCIONARIO/A INTERINO/A Organismo al que cotiza: ☐ MUFACE ☐ SEGURIDAD SOCIAL	ESTADO CIVIL:	Nº HIJOS A CARGO
	PUESTO DE TRABAJO:	
	ULTIMO CENTRO DE DESTINO:	
FECHA DEL FALLECIMIENTO:	SITUACIÓN EN LA FECHA DEL FALLECIMIENTO: ☐ EN ACTIVO ☐ JUBILADO ☐ EN EXCEDENCIA	

<u>DATOS PARA NOTIFICACIÓN AL CÓNYUGE O PAREJA ACREDITADA:</u>		
APELLIDOS:	NOMBRE:	D.N.I.
DOMICILIO COMPLETO CON CÓDIGO POSTAL:	TELEFONO DE CONTACTO:	

<u>DATOS DE LOS BENEFICIARIOS:</u> (si no es el cónyuge o pareja acreditada y/o, en caso de ser más de uno, del primero de ellos).			
APELLIDOS Y NOMBRE y DNI	FECHA NACIMIENTO:	PARENTESCO	TELEFONO DE CONTACTO:
D./D ^a			
D./D ^a			
D./D ^a			

En el caso que el beneficiario fuera menor de edad y el tutor legal de este no coincidiera con su progenitor deberá significarlo:

D./D^a.....con D.N.I.:..... número de teléfono de contacto.....

Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y remito la documentación general y específica exigida en las bases de convocatoria, que declaro conocer.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE o de su representante debidamente acreditado (art.5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas)

Fdo.:

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Recursos Humanos. Servicio de Relaciones Laborales, c/ Alcalá 38-40, 2ª planta. 28014 Madrid.



MODELO 1-CERTIFICADO 25 AÑOS DE SERVICIO EFECTIVO EN LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA

Dicho modelo será cumplimentado exclusivamente por el/la responsable de personal de la Unidad donde preste servicios(Director/a)

D/D^a:

CERTIFICO QUE: D/D^a:.....
funcionario/a, personal laboral táchese lo que no proceda) del Cuerpo / Categoría
..... de II.PP, con N.I.F.,
destinado/a en el Centro Penitenciario de....., **ha cumplido 25 años de servicios efectivos en la Institución Penitenciaria:**

<i>El día</i>	<i>del mes</i>	<i>del año 2018</i>
----------------------	-----------------------	----------------------------

(*) No se han tenido en cuenta los periodos de excedencia voluntaria por interés particular, el periodo de suspensión firme ni los servicios prestados en otra Administración.

Y para que conste a efectos de solicitar ayudas de la Acción Social de 2019 de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, firmo la presente.

En..... a..... de.....de 2019.

Fdo.: