



DNI:	Número de solicitud:	Fecha:
------	----------------------	--------

Nombre del alumno:  
Fecha Nacimiento:   
Domicilio:  
Nombre del representante, en su caso:  
Documento del representante, en su caso:  
**Correo Electrónico:**   
Teléfono:  Teléfono Móvil:   
Observaciones: BECA MODELO  
Provincia donde radica el centro:  
Centro donde realizará el curso:  
Código del centro:  
Estudios que va a realizar:  
Curso que va a realizar:

Si el correo electrónico es de una **tercera persona** (representante, asociación, gestoría, gabinete...) se debe aportar el **documento de otorgamiento de la representación a una persona física o a una persona jurídica.**

Debe aportarse **TODA la documentación** que acredite los **datos familiares** que se ha marcado en la solicitud: *familia numerosa, discapacidad, orfandad...*

**Datos familiares con repercusión económica:**

**Condición de familia numerosa:**

No Familia Numerosa

Condición de discapacidad Grado de discapacidad igual o superior al 33%:  
Estudiante con discapacidad motórica superior al 65%:  
Hermanos/as universitarios/as del/de la estudiante, estudiantes fuera del domicilio familiar:  
Orfandad absoluta del/de la estudiante:  
Familia Monoparental:

**¡IMPORTANTE!**

**Datos Bancarios: cuenta o cartilla y entidad**

Recuerde que el estudiante, beneficiario de la beca, deberá ser titular o cotitular de la cuenta y verificar que la cuenta permanece abierta. Es importante que no cancele la cuenta hasta que se haya percibido el importe de la ayuda.

Entidad:  Oficina:  Dígitos control:  Nº de cuenta:

**Datos de IBAN:**

País:  Dígitos control:  Nº de cuenta:

**Autorización a cobrar en la cuenta del centro docente en el que está matriculado:**

Le informamos que sus datos serán tratados por la Dirección General de Planificación Gestión Educativa (S.G. de Becas, Ayuda al Estudio y Promoción Educativa) del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes (C/ Torrelaguna 58 - 2ª planta - 28027 Madrid) e incorporados a la actividad de tratamiento Ayudas Educación Especial para la tramitación de solicitudes de becas y ayudas, así como su revocación, si procede.

La licitud del tratamiento de los datos está basada en el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable, art. 6.1 c) del RGPD (UE) 2016/679, en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, en su nueva redacción dada por la Ley Orgánica 3/2020 y normativa de desarrollo reguladora de las becas y ayudas.

Los datos personales objeto del tratamiento son los proporcionados por Vd. Asimismo, se obtienen datos a través de consultas a otras administraciones, previa autorización del interesado. Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y determinar las posibles responsabilidades y en su caso se comunicarán a otras unidades administrativas.

Puede ejercer los derechos de los artículos 15 al 22 del Reglamento, ante el Delegado de Protección de Datos (dpd@educacion.gob.es). Podrá hacerlo en la sede electrónica del Ministerio, presencialmente en las oficinas de registro o por correo postal. Asimismo, puede presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, autoridad de control en materia de protección de datos personales (www.aepd.es/es).

DNI: \_\_\_\_\_ Número de solicitud: \_\_\_\_\_

**¡MUY IMPORTANTE!**

La solicitud tiene que estar debidamente **FIRMADA** por **TODOS** los **miembros computables** y en **TODAS** las **casillas** correspondientes.

**FIRMA DE LA SOLICITUD DE AYUDA**

En..... a ..... de 2024

<b>PARA ALUMNOS <u>MENORES</u> DE EDAD</b> Firma del <u>padre/madre/tutor</u>  Fdo. (Nombre y apellidos): <b>Nombre + Apellidos</b> DNI/NIE <b>12345678X</b> <b>FIRMA</b>	<b>PARA ALUMNOS <u>MAYORES</u> DE EDAD</b> Firma del <u>estudiante</u>  Fdo. (Nombre y apellidos): ..... DNI/NIE .....
--	--

Miembros computables de la unidad familiar:

NIF/NIE	Nombre y apellidos	Parentesco	<b>Firma</b>
			<b>FIRMA</b>

El/los arriba firmante/s **AUTORIZAN** a las administraciones educativas a obtener de otras administraciones públicas la información que resulte precisa para la determinación, conocimiento y comprobación de todos los datos de identificación, matriculación en el centro, circunstancias personales, académicas y familiares así como de la renta, patrimonio y catastrales que resulten necesarios para la resolución de la solicitud. En caso de que sea menor de edad, deberá firmar el padre, madre o tutor/a.

**Marque los documentos que acompañan a esta solicitud:**

- Certificado de discapacidad (sólo para hermanos del estudiante y/o el propio estudiante) (OBLIGATORIO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD).
- Certificado médico expedido por los servicios de salud sostenidos con fondos públicos (OBLIGATORIO PARA SOLICITANTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA).
- Título de familia numerosa (EN SU CASO).
- Acreditación de pertenencia a familia monoparental (EN SU CASO).
- Acreditación de orfandad absoluta del estudiante (EN SU CASO).
- Acreditación de hermanos universitarios del estudiante que estudian fuera del domicilio familiar (EN SU CASO).
- Certificado de convivencia de los abuelos del estudiante (EN SU CASO).
- Documentación acreditativa de los ingresos en el extranjero (EN SU CASO).
- Certificado de la declaración de la renta y certificado de catastro indicando bienes inmuebles propiedad de la unidad familiar. (Sólo si debe presentar declaración de la renta correspondiente a 2023 en el País Vasco)

Debe aportarse **TODA** la documentación que acredite los datos familiares que se ha marcado en la solicitud: *familia numerosa, discapacidad, orfandad...*

Entregue este impreso y los documentos anexos en el centro en el que está matriculado en el curso **2024/2025** o donde vaya a estar escolarizado. No olvide conservar este resguardo como justificante de la presentación, una vez que se lo devuelvan sellado y con la fecha en que lo presentó.

Unidad de becas que va a tramitar su ayuda:

D. T. DE ALICANTE  
C/ Carratalá, 47 03007- ALACANT Las  
alegaciones se presentarán en el registro de la Dirección Territorial o de forma telemática mediante Trámite Z.

MODELOS DE CERTIFICACION PARA ADJUNTAR A LA SOLICITUD DE AYUDA PARA ALUMNOS CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO. CURSO 2024/2025

**NO RELLENAR**  
**ESTE DOCUMENTO LO CUMPLIMENTA EL CENTRO EDUCATIVO**

• Que el referido centro es de la tipología que se indica a continuación:  
ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS/CON N.E. DE APOYO EDUCATIVO  ESPECÍFICO   
ORDINARIO CON UU.EE.

• Que el alumno matriculado en los siguientes estudios: tiene plaza en este centro para el curso académico 2024-2025 y está

E. INFANTIL  E. PRIMARIA  E.S.O.  BACHILLERATO   
CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO  CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR   
ENS. ARTÍSTICAS PROFES (MÚSICA Y DANZA)  CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL   
CICLO FORMATIVO DE GRADO BÁSICO  OTROS PROGRAMAS FORMATIVOS DE F.P. (sección 3º cap IV tit I RD 659/2023)   
PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA   
CURSO EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO EN LA ETAPA INDICADA

Asimismo, y por la presente certificación, me comprometo a, en caso de que no llegara a ocupar plaza o causara baja durante el , comunicar esta circunstancia en el plazo máximo de un mes al órgano gestor correspondiente para que, si procediese, fuera revocada dicha ayuda.

..... a ..... de..... de 2024

Firmado: .....  
Sello

( A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO )

**NO RELLENAR**  
**ESTE DOCUMENTO LO CUMPLIMENTA EL CENTRO EDUCATIVO**

C. COMEDOR:  (No procede si el alumno disfruta de la gratuidad de este servicio)

D. RESIDENCIA:

E. TRANSPORTE FIN DE SEMANA:  (Sólo procede si el alumno reside en el centro específico de lunes a viernes durante el curso)

F. TRANSPORTE URBANO:  (No procede si el alumno utiliza ruta escolar financiada por la Administración o no es discapacitado)

G. MATERIAL:  (No procede en el caso de alumnos de Educación Infantil)

REEDUCACIÓN: P. PEDAGÓGICA:  L. LENGUAJE:

S. PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES:

OBSERVACIONES (Indique cualquier dato que considere de interés relacionado con la concurrencia de otras prestaciones en el centro, en especial si el alumno disfruta de precio reducido en las cuotas de comedor, transporte, enseñanza etc. En este caso indique el importe abonado durante el curso):

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

**B) A CUMPLIMENTAR PARA TODOS LOS SOLICITANTES ACREDITACIÓN DE LA NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO establecida en los artículos 2.A) 4 y 2.B)**  
**(A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS)**

**NO RELLENAR**  
**ESTE DOCUMENTO LO CUMPLIMENTA EL CENTRO EDUCATIVO**

- ALTA CAPACIDAD
- DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 25% incluidos, en su caso, menores de dos años con ESCOLARIZACIÓN TEMPRANA debida a dicha discapacidad.
- T.D.A.H. CON DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 25%
- T.D.A.H. ASOCIADO A TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA O A TRASTORNO GRAVE DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE
- T.E.A. (TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA)
- TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA
- TRASTORNO GRAVE DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES

**PARA PROPUESTAS DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE o de AYUDA PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES(DEBERÁN CUMPLIMENTAR LOS SIGUIENTES CERTIFICADO E INFORME ESPECÍFICO para acreditar los requisitos establecidos en los artículos 7.6 b) 2º y 8.2.b) 1º)**

**CERTIFICADO**

Asimismo **certifico, como justificación de la ayuda solicitada** que el alumno tiene necesidad de recibir:

REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA

REEDUCACIÓN LENGUAJE

ASISTENCIA A PROGRAMAS ESPECIFICOS PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES

**INFORME ESPECÍFICO**

\* DESCRIBA DETALLADAMENTE LA ASISTENCIA o SERVICIO QUE SE CONSIDERAN NECESARIOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 7.6 Y 8.2 DE LA CONVOCATORIA, ASÍ COMO LAS CARACTERÍSTICAS O CONDICIONES que debe reunir para garantizar las necesidades que presenta el alumno (contenido, actividades, recursos, objetivos a conseguir, seguimiento, etc.) .

\* CUMPLIMENTE LA SIGUIENTE TABLA:

	(A) DURACIÓN TOTAL PREVISIBLE DE LA ASISTENCIA O DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO	(B) Nº DE HORAS SEMANALES QUE SE CONSIDERAN NECESARIAS PARA LA CORRECCION	REEDUCACIÓN A IMPARTIR POR EL CENTRO EDUCATIVO EN EL QUE CURSA SUS ESTUDIOS REGLADOS	
			(C) Nº DE HORAS SEMANALES (En el caso de que no se ofrezca la reeducación, ponga "0")	PORCENTAJE QUE SUPONE EL Nº DE HORAS QUE IMPARTE EL CENTRO (C) SOBRE LAS NECESARIAS (B)
REEDUC. PEDAGÓGICA				
REEDUC. DEL LENGUAJE				

En ..... a ..... de .....de 2024

Firmado: .....

Sello

**C) A CUMPLIMENTAR POR EL INSPECTOR DE LA ZONA SÓLO PARA SOLICITUDES DE AYUDA DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA O DEL LENGUAJE (Artº. 7.6 b) 1º**

**NO RELLENAR**

**ESTE DOCUMENTO LO CUMPLIMENTA EL CENTRO EDUCATIVO**

1º.- A la vista del informe emitido por el departamento de orientación o el equipo de orientación educativa y psicopedagógica, necesita recibir reeducación:

- PEDAGÓGICA
- DEL LENGUAJE
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES

2º.- De acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 7.6 b) de la convocatoria de estas ayudas y con el centro en que está escolarizado:

- No existen o son insuficientes los recursos para dicha atención.
- Resulta inviable la matriculación del alumno en un centro que disponga del servicio de reeducación requerido.
- Existen recursos suficientes para recibir dicha atención en el centro.
- Resulta viable la matriculación del alumno en centros que disponen del servicio de reeducación requerido.
- No procede certificación para justificar la necesidad de recibir la ayuda por otras causas que se especifican a continuación:

.....  
.....

En ....., a ..... de ..... de 2024

Firmado: .....

Sello

CERTIFICACIONES

**D) A CUMPLIMENTAR POR EL REEDUCADOR, GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y DEL LENGUAJE O EL PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS DE ALTAS CAPACIDADES.**  
Arts. 7.6 b) 3º y 4º y 8.2 b) 2º

**A CUMPLIMENTAR POR EL GABINETE**

D  
C  
PROFESION/ESPECIALIDAD .....

(EN SU CASO): CENTRO EN EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO:  
.....

CIF: .....

**CERTIFICA:**

Que el alumno/a:

**Recibirá los siguientes tratamientos:**

- REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA  - CUANTÍA MENSUAL .....
- REEDUCACIÓN DEL LENGUAJE  - CUANTÍA MENSUAL .....
- Asistirá al PROGRAMA ESPECÍFICO A. CON ALTAS CAPACIDADES:  - CUANTÍA MENSUAL .....

En el supuesto de no prestar el servicio solicitado, se pondrá en conocimiento de la Unidad de Becas provincial.

**MEMORIA**

\* Describir detalladamente EL SERVICIO o ASISTENCIA que se van a prestar en relación con las necesidades del alumno (contenido, objetivos, características, actividades, recursos, agrupaciones..., seguimiento, etc..). Detállese la cualificación profesional o ESPECIALISTA que imparte este servicio o programa.

**Asegúrate de que el GABINETE o CENTRO SELLE Y FIRME BIEN los siguientes apartados:**

\* Indique el número de HORAS SEMANALES Y la DURACIÓN PREVISIBLE DEL SERVICIO o PROGRAMA

**FIRMAR Y SELLAR POR CENTRO** →

..... a ..... de ..... de 2024  
Firmado: **Nombre + Apellidos**  
**SELLO** **FIRMA**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

(SÓLO PARA SUPUESTOS DE REEDUCACIÓN PEDAGÓGICA Y/O DEL LENGUAJE):

Asimismo, DECLARO: Que reúno los requisitos de formación a los que se hace referencia en el artículo 7.6.b) 4º de la convocatoria de estas ayudas.

**FIRMAR Y SELLAR POR CENTRO** →

..... a ..... de ..... de 2024  
Firmado: **Nombre + Apellidos**  
**SELLO** **FIRMA**

**A CUMPLIMENTAR POR TODOS/AS LOS/AS SOLICITANTES**

El solicitante de esta ayuda, o en el caso de ser menor de edad no emancipado su padre/madre/tutor, de acuerdo con lo establecido en las bases de esta convocatoria, DECLARA:

- Que acepta las bases de la convocatoria para la que solicitan la ayuda.
- Que todos los datos incorporados a la presente solicitud son válidos.
- Que queda enterado de que la inexactitud de las circunstancias declaradas dará lugar a la denegación o revocación de la ayuda, sin perjuicio del resto de responsabilidades en que pudiera incurrir legalmente.
- Que tiene conocimiento de la incompatibilidad de estas becas con cualquier otro beneficio recibido, para la misma finalidad, de otras entidades o personas públicas o privadas, incluyendo los gastos educativos sufragados por familiares que no constituyan miembros de la unidad familiar, compuesta de acuerdo con esta convocatoria de becas (artículo 55). Asimismo, conoce que en caso de obtener otra ayuda incompatible debe comunicarlo a la unidad administrativa que tramita la solicitud de beca.
- Que manifiesta su consentimiento para recibir comunicaciones mediante correo electrónico, sms certificados (en el número de teléfono indicado en su solicitud) o ser notificado por comparecencia en Sede Electrónica del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes. Esto último significa que debe acceder regularmente a dicha Sede Electrónica para comprobar si ha recibido alguna notificación.
- Que desea recibir el importe de la beca (elijá una de las dos opciones):

<input type="checkbox"/>	A través de la cuenta corriente indicada en la solicitud de beca, de la que el alumno	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;">                 MARCAR UNA OPCIÓN                  ¡No dejar en blanco!             </div>
<input type="checkbox"/>	A través del centro docente en el que se encuentra matriculado para seguir sus estudios, para lo cual adjunto autorización.	

- Que en caso de resultar adjudicatario de la ayuda, autoriza al Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes a ceder al centro educativo los datos relativos a la ayuda concedida a efectos de que se lleven a cabo las tareas de verificación y control requeridas en la convocatoria.
- También autoriza a la Administración competente a realizar los trámites necesarios para poder proceder al pago de la ayuda o subsidio.

En ..... a ..... de 2024

PARA <u>ALUMNOS MENORES DE EDAD</u> Firma del <u>padre/madre/tutor</u>  Fdo.: ..... <b>Nombre + Apellidos</b> <span style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">FIRMA</span>	PARA <u>ALUMNOS MAYORES DE EDAD</u> Firma del <u>estudiante</u> de la beca  Fdo.: .....
---	--

**RESGUARDO DE PRESENTACIÓN**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: **Nombre + Apellidos** .....

CENTRO EN EL QUE PRESENTA LA SOLICITUD **Nombre del CENTRO EDUCATIVO** .....

Sello y Fecha de entrada en la oficina receptora

DÍA/ MES/ AÑO

SELLO

Este resguardo **no será válido sin el sello y la fecha de la oficina receptora.**

CERTIFICACIONES

DNI: \_\_\_\_\_ Número de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**A CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE AUTORIZAR AL CENTRO DOCENTE A PERCIBIR LA AYUDA**

D./Dña. ....

Padre/madre o tutora del/de la solicitante, autoriza al Director/a del Centro:

.....  
en el que el alumno está matriculado para seguir sus estudios reglados para que, en caso de ser beneficiario/a de la ayuda, perciba su importe a través de la cuenta corriente de dicho centro docente.

**FIRMAR AQUÍ**  
Sólo si en la pág. 8 marcaste la opción de **recibir el importe A TRAVÉS DEL CENTRO EDUCATIVO.**



En ....., a ..... de ..... de 2024  
Firmado: **Nombre + Apellidos**  
**FIRMA**

- Que desea recibir el importe de la beca (elijá una de las dos opciones):  
 A través de la cuenta corriente indicada en la solicitud de beca, de la  
 A través del centro docente en el que se encuentra matriculado para lo cual adjunto autorización.

\* ver en Pág. 8