

**ANEXO I**

BAREMO APLICABLE A LAS SOLICITUDES DE AYUDAS DE CARÁCTER INDIVIDUAL PARA PERSONAS DISCAPACITADAS CON RECONOCIMIENTO LEGAL DE MINUSVALÍA. 2008

**I.- Situación económica**

INGRESOS UNIDAD FAMILIAR DE 1 MIEMBRO			INGRESOS UNIDAD FAMILIAR DE 2 MIEMBROS			INGRESOS UNIDAD FAMILIAR DE 3 MIEMBROS		
HASTA ANUAL	HASTA EUROS/MES	PUNTOS	HASTA ANUAL	HASTAEUROS/MES	PUNTOS	HASTA ANUAL	HASTA EUROS/MES	PUNTOS
8.800	629	30	12.213	872	30	15.063	1.076	30
9.616	687	27	12.985	928	27	15.849	1.132	27
10.418	744	24	13.772	984	24	16.636	1.188	24
11.204	800	21	14.558	1.040	21	17.422	1.244	21
12.807	915	18	16.131	1.152	18	18.980	1.356	18
14.410	1.029	15	17.719	1.266	15	20.539	1.467	15
15.998	1.143	9	19.277	1.377	9	22.112	1.579	9
17.600	1.257	5	20.850	1.489	5	23.685	1.692	5
20.019	1.430	0	23.210	1.658	0	26.059	1.861	0

INGRESOS UNIDAD FAMILIAR DE 4 MIEMBROS			INGRESOS UNIDAD FAMILIAR DE 5 MIEMBROS			INGRESOS UNIDAD FAMILIAR DE 6 MIEMBROS		
HASTA ANUAL	HASTA EUROS/MES	PUNTOS	HASTA ANUAL	HASTAEUROS/MES	PUNTOS	HASTA ANUAL	HASTA EUROS/MES	PUNTOS
17.864	1.276	30	19.358	1.383	30	20.112	1.437	30
18.680	1.334	27	20.174	1.441	27	20.913	1.494	27
19.496	1.393	24	20.990	1.499	24	21.729	1.552	24
20.313	1.451	21	21.776	1.555	21	22.546	1.610	21
21.945	1.568	18	23.408	1.672	18	24.178	1.727	18
23.577	1.684	15	25.040	1.789	15	25.810	1.844	15
25.194	1.800	9	26.673	1.905	9	27.443	1.960	9
26.827	1.916	5	28.305	2.022	5	29.060	2.076	5

**II.- Situación personal**

Únicamente se considerará en caso de menores o mayores de edad legalmente incapacitados	
Desamparo total .....	20 puntos.
Orfandad total .....	15 puntos.
Orfandad de padre o madre .....	10 puntos.
Convivencia con padre y madre .....	0 puntos.

**III.- Situación familiar**

Minusvalía de los familiares que conviven con el minusválido solicitante .....	10 puntos.
Situación familiar normal .....	0 puntos.

**IV.- Situación social: Recursos del entorno**

Viviendo en zona sin posibilidad de acceso a servicios públicos relacionados con lo solicitado .....	10 puntos.
Viviendo en zona con posibilidad de acceso a servicios públicos relacionados con lo solicitado .....	0 puntos.

**V.- Otros factores**

Especiales situaciones que afecten al solicitante no contempladas en los apartados anteriores y que, a juicio de la Comisión Provincial de Valoración estime preciso valorar	5, 10 ó 15 puntos.
--	--------------------

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL BAREMO EN EXPEDIENTES DE AYUDAS PÚBLICAS INDIVIDUALES A PERSONAS CON MINUSVALÍA. 2008
--

### **I.- Situación económica**

La valoración de la situación económica se realizará de acuerdo con el Punto I del anexo I

A estos efectos se considerarán todos los recursos económicos del cónyuge y familiares comprendidos hasta el 2º grado de consanguinidad o afinidad siempre que convivan en el mismo domicilio del solicitante.

Se contabilizarán todos los recursos económicos netos incluyendo los rendimientos del trabajo, pensiones otorgadas por Organismos Públicos o Entidades Privadas, etc.,.

### **II.- Situación Personal**

Este factor sólo será evaluable en el caso de menores o mayores incapacitados, considerándose incapacitados tanto los declarados legalmente como los dependientes de un guardador de hecho.

A efectos de valoración, los supuestos de separación, divorcio y, en general, los de familias monoparentales, se equiparán al parámetro "orfandad de padre o madre".

### **III.- Situación Familiar**

En este apartado se valorará la minusvalía que pudieran padecer los familiares que convivan en el domicilio del minusválido (excluido éste) otorgándose 10 puntos por cada una de las personas que se encuentren en esta circunstancia.

Se considerarán los mismos familiares que los indicados a efectos de valoración económica.

### **IV.- Situación Social: Recursos del Entorno**

La evaluación de este apartado se efectuará por la Comisión Provincial de Valoración teniendo en cuenta el domicilio del interesado y los recursos y servicios de que disponga el solicitante.

### **V.- Otros factores**

En este apartado se evaluará situaciones no contempladas en los apartados anteriores y que a juicio de la Comisión Provincial de Valoración se estime preciso evaluar.

**ANEXO II**

**SOLICITUD DE AYUDAS PARA PERSONAS DISCAPACITADAS**

Orden 18 de abril de 2008, del Departamento de Servicios Sociales y Familia por la que se convocan Ayudas para personas discapacitadas, con reconocimiento legal de minusvalía. Ejercicio 2008

Expediente

**I.- AYUDAS QUE SOLICITA**

**CUANTIA SOLICITADA**


**II. DATOS DEL INTERESADO**

**1 DATOS PERSONALES**

Primer apellido			Segundo apellido			Nombre			NIF/NIE								
Fecha nacimiento			Sexo: M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			Nacionalidad/es			Estado Civil								
Día		Mes		Año													
Domicilio (Calle / Plaza)						N.º		Bloque		Escal.		Piso		Puerta		C.P.	
Localidad				Provincia						Teléfono							
¿Es huérfano absoluto? (padre y madre) SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es huérfano de padre o madre? Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>																	
¿Carece de otros familiares que le presten atención? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																	
¿Asiste a un Centro? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>						Indique su nombre y Dirección											
¿Está atendido en un Centro como residente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>						Indique su nombre y Dirección											

**2 DATOS DE LA MINUSVALÍA**

¿Ha sido reconocido o calificado como minusválido? Si  No

Si la respuesta ha sido afirmativa indique provincia.....y Año.....

**3 DATOS ECONÓMICOS**

¿Tiene ingresos o rentas propias? Sí  No

**3.1 Rentas de trabajo o prestaciones**

Concepto	Cuantía anual	Empresa, Organismo o Persona

### III.-DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA

Nombre de las personas integrantes de la unidad familiar	Fecha nacimiento	DNI / NIE	Parentesco con el solicitante	Ingresos anuales	Procedencia de los ingresos
Si alguno de los integrantes de la unidad familiar ha sido declarado minusválido, indique el nombre completo					
Señale cualquier circunstancia que le parezca importante resaltar					

### IV. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI/ NIE				
Domicilio (Calle / Plaza)		N.º	Bloque	Escal.	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad	Provincia	Teléfono					
Relación con el interesado		Representante legal <input type="checkbox"/>		Guardador de hecho <input type="checkbox"/>			

### V. DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del DNI. del solicitante o tarjeta de residencia
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del DNI./ NIE del representante y acreditación de la representación, cuando la solicitud se suscriba por persona distinta del posible beneficiario.
<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento familiar.
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de ingresos correspondientes al ejercicio actual: nomina, estimación de rendimientos. etc.
<input type="checkbox"/> Presupuesto que justifique el coste de la actividad a realizar.

Declaro bajo mi responsabilidad:

Que los datos consignados en esta solicitud, y los documentos que se acompañan, son ciertos y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, incluidos los existentes en la Agencia Tributaria, a efectos de acreditar el cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, siendo responsabilidad del beneficiario estar al corriente en el momento de la solicitud.

Que como solicitante/representante, no me encuentro incurso en ninguno de los supuestos del Art. 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

Que no ha recibido de otros organismos ayudas para esta misma finalidad.

..... a .... de ..... de 2008

**Firmado**

**Sr./Sra. Director/a Provincial del Instituto Aragonés de Servicios Sociales**

**ANEXO III**

**PRESUPUESTO DE TRANSPORTE**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

mayor de edad, con DNI N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, en representación de : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

**DECLARA**

Que, debe desplazarse desde su domicilio en \_\_\_\_\_  
(Localidad de salida)

hasta \_\_\_\_\_ para asistir a:  
(Localidad de destino)

\_\_\_\_\_  
(Tipo de atención y centro en el que se le dispensa)

Que el desplazamiento se realiza en el siguiente medio de transporte:

- COCHE PROPIO  
 TRANSPORTE PUBLICO  
 TREN  
 AUTOBUS  
  
 TAXI

Que el gasto ascenderá a \_\_\_\_\_ **E/mensuales**, en función de los siguientes datos:

\* DIAS DE VIAJE/MES : \_\_\_\_\_

\* COSTE DIA: \_\_\_\_\_ EUROS

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

Firmado: \_\_\_\_\_