**Anexo 2**

**Formulario valoración socioeconómica familiar**

Este documento será cumplimentado por las familias solicitantes. Las entidades deberán codificar con un número cada una de las solicitudes recibidas que deberá coincidir con el nº de solicitud que aparecerá en el anexo 3.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº de solicitud (a codificar por la entidad):** |  |
| **1. DATOS PERSONALES** |
| **Datos del padre/madre/tutor:** |
| Nombre y apellido  |  |
| CCAA en la que reside |  |
| Nº IBAN(24 dígitos) de la cuenta bancaria de la familia |  |
| **Datos del beneficiario:** |
| Nombre del menor |  |
| Sexo |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| **2. INFORMACIÓN SOBRE LA PATOLOGÍA** |
| - ¿Posee diagnóstico?  | SI |  |
| NO |  |
| En proceso |  |
| - Año del diagnóstico: |  |
| - Nombre de la patología: |  |
| **3. INFORMACIÓN SOBRE LA AYUDA SOLICITADA** |
| Describa brevemente los motivos por los que solicita la ayuda. |
| - Descripción de las principales necesidades y justificación de la ayuda solicitada |  |
| ¿Qué tipo de ayuda solicita?) | La compra de fármacos o productos farmacológicos no abonados por la SS. |  |
| Productos ortopédicos y ortoprotésicos. |  |
| Servicios de logopedia.  |  |
| Servicios de rehabilitación. |  |
| Apoyo psicológico. |  |
| Análisis clínicos y genéticos. |  |
| Desplazamientos de los beneficiarios para recibir estos tratamientos. |  |
| Indique el importe que solicita |  |
| Desglose el importe solicitado en los distintos tipos de productos o servicios que solicita (en caso de ser varios) |  |
| **4. VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA** |
| Número de miembros que habitan en el domicilio |  |
| Composición familiar (señale el caso que corresponda con la situación familiar) | Familia con ambos progenitores |  |
| Familia monoparental |  |
| Familia numerosa |  |
| Otros (cuál) |  |
| Situación laboral de ambos progenitores | Empleados |  |
| Desempleados |  |
| Uno empleado y otro desempleado |  |
| Incapacidad laboral de alguno de los progenitores (en su caso, señalar grado de incapacidad laboral) |  |
| Incapacidad laboral de ambos progenitores (en su caso, señalar grado de incapacidad) |  |
| Pensionista/Jubilado |  |
| Otro (cuál) |  |
| Salario bruto anual de unidad familiar: |  |
| ¿Percibe algún miembro de la familia prestaciones por desempleo?  | SI |  |
| IMPORTE |  |
| ¿Hasta cuándo percibirá esa ayuda? |  |
| NO |  |
| ¿Percibe algún miembro de la familia prestaciones por discapacidad?  | SI |  |
| IMPORTE |  |
| NO |  |
| ¿Percibe algún miembro de la familia prestaciones de otra naturaleza? | SI |  |
| IMPORTE |  |
| ¿Hasta cuándo percibirá esa ayuda? |  |
| NO |  |
| Promedio de gastos mensuales familiares |  |  |

El solicitante declara que la información reflejada es cierta y veraz.

En \_\_\_\_\_\_\_, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2015.

Nombre y apellidos

Firma del padre/madre/tutor