

## Programa de ayuda a la Contratación

## CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Medidas

Ley de Extraordinaria y urgentes para la lucha contra la exclusión social en Andalucía

## Anexo I

AYUNTAMIENTO DE <i>Aznalcázar</i>		
SOLICITANT		
Nombre y Apellic		

Nombre	y Apellidos / Razón Social	DNI / CIF	
Declaro bajo mi responsabilidad que los datos reflejados corresponden a la realidad			
En ade			
Fuo			
A !!			
A reliena	ar por el solicitante: TACHE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA	A rellenar por la Administración	
1.	Indique si la persona solicitante forma parte de una unidad familiar donde los miembros que tengan la consideración de población activa han permar		
	inscritos ininterrumpidamente como demandantes de empleo durante los		
	meses anteriores a la fecha de la solicitud: NO SI		
2.		tenga	
	condición de familia numerosa de conformidad con la legislación vigente: NO SI		
	En caso afirmativo indique el número de miembros de la familia inclu	ido el	
	solicitante:		
3.	4 5 6 7 8 9 Indique el número de menores de edad incluidos en la unidad familiar:		
0.	0 1 2 3 4 5 6 7		
4.	Indique el número de personas de la unidad familiar que tengan dec		
	discapacidad superior al 33 % o se encuentre en situación de dependencia: 0 1 2 3 4 5 6 7		
5.	Indique si la persona solicitante pertenece a unidad familiar monoparental:		
	NO SI		
	En caso afirmativo indique el número de hijos a su cargo: 0 1 2 3 4 5 6 7		
6.	Si la persona solicitante o alguno de los miembros de la unidad familiar es v	íctima	
	de violencia de género, indique el número de ellos:		
7.	Indique el número de hijos a cargo de la persona solicitante:		
1.	0 1 2 3 4 5 6 7		