**ANEXO IV: SOLICITUD Y DECLARACIÓN JURADA**

D/Dña...........................................................................................................................................................

con DNI.......................................... SOLICITO la ayuda con cargo al fondo de acción Social de la Universidad de Burgos, que se indica a continuación:

|  |
| --- |
| **Por matrícula:** (indicar nombre del beneficiario que cursa los estudios) ……………………….  **Por Hijo** (indicar el nombre de los hijos para los que solicita ayuda)  1 ………………………………………. 2 …………………………………………  **Por Gastos médicos** (indicar las ayudas solicitadas y el nombre del beneficiario de la ayuda):  1 …………………………………… 2 ………………………………………  3………………………………………. 4 ………………………………………… |

DECLARO y así lo firmo, que:

1. Cumplo todos los requisitos establecidos para tener derecho a la/s ayuda/s que solicito:
2. Tengo cónyuge trabajando en la UBU:  NO  SI: DNI y nombre ……………………………….……
3. **En el caso de que los beneficiarios sean descendientes:** Que el año de nacimiento de los beneficiarios cumple con los requisitos de la convocatoria y declaro que forman parte de la unidad familiar, que conviven conmigo y dependen económicamente de mí.
4. **En caso de ayuda por matrícula,** si el beneficiario está matriculado en la **Universidad de** **Burgos**: indicar DNI y nombre así como tipo de estudios ….....………….…………… ..........................................................................................  Grado  Máster  Doctorado  Otros…………….
5. **En caso de ayuda por matrícula, declaro que** el solicitante y/o alguno de los miembros que forma su unidad familiar:

**NO** hemos recibido ningún tipo de prestación económica por el mismo concepto.

**Percibe beca: importe …………………………………………………………………………..**

**Percibe descuento por familia numerosa: importe ………………………………………..**

**Percibe descuento por matrícula de honor: importe……………………………………….**

**SI** hemos recibido algún otro tipo de prestación económica por el mismo concepto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENTIDAD | CONCEPTO | CUANTIA | BENEFICIARIO |
|  |  |  |  |

1. **En caso de ayuda por gastos médicos, declaro que** el solicitante y/o alguno de los miembros que forma su unidad familiar:

**NO** hemos recibido ningún tipo de prestación económica por el mismo concepto

**SI** hemos recibido algún otro tipo de prestación económica por el mismo concepto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENTIDAD | CONCEPTO | CUANTIA | BENEFICIARIO |
|  |  |  |  |

(firmar digitalmente)