



Ayuntamiento
Cartagena



SOLICITUD DE AYUDAS A LA MATERNIDAD 2025

1.-DATOS PERSONALES DE LOS/LAS SOLICITANTES (O SOLICITANTE EN FAMILIAS MONOPARENTALES)

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--|--|
| SOLICITANTE 1: | | | | | | <input type="checkbox"/> PADRE | | <input type="checkbox"/> MADRE | | <input type="checkbox"/> TUTOR/A LEGAL | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | | | DNI/NIE | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | C.P. | | | | | |
| BARRIO | | | | PEDANÍA | | | | | | | |
| TELÉFONO | | | | | | SEXO: | | | | | |
| LUGAR NACIMIENTO | | | | | | FECHA NAC. | | ___/___/___ | | | |
| NACIONALIDAD | | | | E-MAIL | | | | | | | |
| REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE 1: | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | | | DNI/NIE | | | | | |
| LUGAR NACIMIENTO | | | | NACIONALIDAD | | FECHA NAC. | | ___/___/___ | | | |
| E-MAIL | | | | TELÉFONO | | | | | | | |
| TÍTULO DE REPRESENTACIÓN *ver instrucciones para la representación del solicitante | | | | <input type="checkbox"/> Representante voluntario | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Curador representativo | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Guardador de hecho | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Tutor legal de un menor de 18 años no emancipado | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--|--|
| SOLICITANTE 2: | | | | | | <input type="checkbox"/> PADRE | | <input type="checkbox"/> MADRE | | <input type="checkbox"/> TUTOR/A LEGAL | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | | | DNI/NIE | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | C.P. | | | | | |
| BARRIO | | | | PEDANÍA | | | | | | | |
| TELÉFONO | | | | | | SEXO: | | | | | |
| LUGAR NACIMIENTO | | | | | | FECHA NAC. | | ___/___/___ | | | |
| NACIONALIDAD | | | | E-MAIL | | | | | | | |
| REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE 2: | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | | | DNI/NIE | | | | | |
| LUGAR NACIMIENTO | | | | NACIONALIDAD | | FECHA NAC. | | ___/___/___ | | | |
| E-MAIL | | | | TELÉFONO | | | | | | | |
| TÍTULO DE REPRESENTACIÓN *ver instrucciones para la representación del solicitante | | | | <input type="checkbox"/> Representante voluntario | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Curador representativo | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Guardador de hecho | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Tutor legal de un menor de 18 años no emancipado | | | | | | | |



Ayuntamiento
Cartagena



2.- DATOS DEL/LA NACIDO/A O ADOPTADO/A

| NACIDO/A O ADOPTADO/A 1: | | | | | |
|-----------------------------|--|---------|------------------------------------|---------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | DNI/NIE | |
| DIRECCIÓN | | | C.P. | | |
| BARRIO | | PEDANÍA | | | |
| LUGAR NACIMIENTO / ADOPCIÓN | | | FECHA NAC. / ADOP. ___ / ___ / ___ | | |
| NACIONALIDAD | | | SEXO | | |

| NACIDO/A O ADOPTADO/A 2: | | | | | |
|-----------------------------|--|---------|------------------------------------|---------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | DNI/NIE | |
| DIRECCIÓN | | | C.P. | | |
| BARRIO | | PEDANÍA | | | |
| LUGAR NACIMIENTO / ADOPCIÓN | | | FECHA NAC. / ADOP. ___ / ___ / ___ | | |
| NACIONALIDAD | | | SEXO | | |

| NACIDO/A O ADOPTADO/A 3: | | | | | |
|-----------------------------|--|---------|------------------------------------|---------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | DNI/NIE | |
| DIRECCIÓN | | | C.P. | | |
| BARRIO | | PEDANÍA | | | |
| LUGAR NACIMIENTO / ADOPCIÓN | | | FECHA NAC. / ADOP. ___ / ___ / ___ | | |
| NACIONALIDAD | | | SEXO | | |

3.- NOTIFICACIONES

| <input type="checkbox"/> | Deseo ser notificado en papel a través de correo postal (<i>puede elegir otro domicilio en el que desea ser notificado diferente al consignado en el apartado 1</i>) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------|---------|--------|--------|-----|--------|--|--|--|--|--|--|----|--------|--|---------|--|--|
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Calle</th> <th>Núm.</th> <th>Bloque</th> <th>Portal</th> <th>Esc</th> <th>Planta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td colspan="2">Barrio</td> <td colspan="3">Pedanía</td> </tr> </tbody> </table> | Calle | Núm. | Bloque | Portal | Esc | Planta | | | | | | | CP | Barrio | | Pedanía | | |
| Calle | Núm. | Bloque | Portal | Esc | Planta | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CP | Barrio | | Pedanía | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Deseo ser notificado electrónicamente | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4.- DATOS BANCARIOS

| | | | | | |
|--------------------|--|--|--|---------|--|
| IBAN | | | | | |
| TITULAR | | | | DNI/NIE | |
| ENTIDAD FINANCIERA | | | | | |

*Rellenar unicamente en caso de custodia compartida acreditable en el momento de la solicitud:

| | | | | | |
|--------------------|--|--|--|---------|--|
| IBAN | | | | | |
| TITULAR | | | | DNI/NIE | |
| ENTIDAD FINANCIERA | | | | | |



5.-DECLARACIÓN, ACEPTACIÓN DE CONDICIONES Y FIRMA DE LA SOLICITUD

5.1- DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- (i) Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como la autenticidad de la documentación aportada.
- (ii) Que cumpla/cumplimos íntegramente los requisitos previstos en la Base 4ª de la Convocatoria reguladora de la “Ayuda a la Maternidad”.
- (iii) No estar incurso/s en ninguna circunstancia que imposibilite la obtención de la condición de beneficiario/s de subvenciones, según el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones y el Real Decreto 887/2006, de 21 de julio por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003.

5.2- QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR al Ayuntamiento de Cartagena (Servicios Sociales) cualquier variación que pudiera producirse a partir de la fecha de presentación de esta solicitud, en el plazo de 15 días desde que se produzcan.

La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de las ayudas pueden ser constitutivo de revocación de las cantidades percibidas.

5.3- ACEPTACIÓN DE CONDICIONES: Oposición a Interoperabilidad entre Administraciones.

De acuerdo con el art. 28.2 de Ley 39/2015, la persona solicitante tiene derecho a oponerse a que la administración no recabe los documentos a aportar en este procedimiento, debiendo en todo caso indicar a qué documentos se opone y alegando motivos justificados. Así mismo, en caso de oposición, la persona interesada deberá aportar los documentos a los que opone su consulta.

Doy/damos mi/nuestro consentimiento al tratamiento de mis/nuestros datos de carácter personal, o en el caso de menor de edad, sobre los datos de mi/mis representado/a/os/as. Expresamente, autorizo/autorizamos al Excmo. Ayuntamiento de Cartagena a: (i) consultar los datos de empadronamiento a fin de verificar el cumplimiento del requisito previsto en la Base 4.1.2 de la Convocatoria; (ii) verificar que estoy/estamos al corriente de mis/nuestras obligaciones tributarias y de Seguridad Social.

Firma solicitud

En Cartagena a _____ de _____ de 2025

Fdo _____

SRA. ALCALDESA DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CARTAGENA

DOCUMENTACIÓN A APORTAR CON ESTA SOLICITUD

- Copia del D.N.I. en vigor de/l el/los progenitor/es o adoptante/s solicitante/s de la ayuda, o en caso de extranjeros residentes, tarjeta equivalente expedida por las autoridades españolas.
- Copia auténtica del Certificado del Registro Civil que permita la acreditación del nacimiento y del número de hijos, o en su caso, resolución judicial o administrativa de la adopción, de conformidad con la legislación vigente.
- Para ciudadanos no comunitarios: fotocopia de todas las hojas del pasaporte en vigor del/los solicitante/s.
- Certificado bancario donde se haga constar los datos de la cuenta o fotocopia de la libreta del solicitante (IBAN). El/los titular/es de la cuenta deberá/n corresponder con el/los solicitante/s de la ayuda.
- En caso de representación, poder notarial, apoderamiento *apud acta*, o Sentencia judicial de provisión de medidas de personas con discapacidad. En caso de tutor legal de menor de 18 años no emancipado, copia del libro de familia que acredite el parentesco.
- En caso de separación legal o divorcio, copia de la Sentencia o Convenio Regulator.

ACUERDO DE PROGENITORES QUE NO RESIDEN JUNTOS

| | | | |
|--------------------|--|---------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS | | DNI/NIE | |
| DOMICILIADO/A EN | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | DNI/NIE | |
| DOMICILIADO/A EN | | | |

ACUERDAN, que la persona solicitante de la **AYUDA A LA MATERNIDAD**, sea:

| | | | |
|--------------------|--|---------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS | | DNI/NIE | |
|--------------------|--|---------|--|

FIRMA DEL/LA SOLICITANTE

**FIRMA DEL/LA OTRO/A
PROGENITOR/A O ADOPTANTE**

INSTRUCCIONES PARA LA REPRESENTACIÓN

- Si el solicitante es persona sometida a tutela representativa deberá firmar la solicitud quien sea curador representativo, en cuyo caso habrá que aportar la sentencia acreditativa de la curatela.
- El solicitante siempre podrá otorgar **representación voluntaria** para todos los actos derivados de la solicitud a quien considere oportuno haciéndolo constar ante notario o mediante otorgamiento de apoderamiento **apud acta** que puede realizar de manera **presencial** a través de comparecencia del solicitante y persona a quien otorga apoderamiento con su DNI en cualquier ventanilla única de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Cartagena: Oficina Única de Asistencia en Materia de Registro, Edif. Foro C/ Campos, 4 Edif. Foro. CITA PREVIA en el teléfono 968.36.20.00 o en el enlace abajo indicado <https://sede.carm.es/oficinasarm>). O **por comparecencia electrónica** a través de plataforma apodera



Ayuntamiento
Cartagena



- Si el solicitante por necesitar medida de apoyo, actúa mediante guardador de hecho, el que actúe como tal deberá firmar la solicitud indicando su nombre apellidos y número de D.N.I. En estos casos si en el expediente no constan los informes que pongan de manifiesto la existencia de ésta pérdida de la capacidad para obrar del solicitante, se deberá de acompañar un informe médico en el que conste la enfermedad o circunstancia que impida, limite o anule la capacidad del mismo.

CLÁUSULA PARA FORMULARIOS DE SOLICITUD DE AYUDAS

El Ayuntamiento de Cartagena con NIF: P3001600J sito en [Calle San Miguel 8, Cartagena, Región de Murcia 30201](#). Tratará los datos personales indicados a través de esta solicitud con el fin de gestionar el trámite indicado. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad, así como a no ser objeto de decisiones automatizadas, mediante un escrito, acreditando su identidad, dirigido al Delegado de Protección de Datos a través de la dirección de correo electrónico: lopd@ayto-cartagena.es o dpd@ayto-cartagena.es o bien, de manera presencial en la sede del Ayuntamiento o a través de la instancia indicada en la sede electrónica: Catálogo de Trámites -> Solicitud de Ejercicio de Derechos de Protección de Datos.

Recuerde que en todo momento podrá revisar el RAT (Registro de actividades de tratamiento) del Ayuntamiento de Cartagena y presentar una reclamación ante la autoridad de control.