

**REVISIÓN DE CUANTÍA POR NACIMIENTO DE HIJAS E HIJOS DENTRO DE LOS 300 DÍAS SIGUIENTES A LA SOLICITUD ORIGINAL DE LA AYUDA ECONÓMICA PREVISTA EN EL ARTICULO 27 DE LA LEY ORGÁNICA 1/2004, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

<b>SOLICITANTE</b>	Nombre		Apellido 1		Apellido 2		
	Tipo de Vía	Nombre de la Vía		Número	Escalera	Piso	Letra
	Localidad			Provincia			Código Postal
	Teléfono de contacto (fijo ó móvil)		Correo electrónico			D.N.I. / N.I.E/ Documento equivalente	

**COMUNICA**

Que se ha producido el nacimiento de las hijas y/o hijos que se relacionan a continuación, nacidos dentro de los 300 días siguientes a la presentación de la solicitud original de la ayuda y que forman parte de la unidad familiar de la solicitante:

<b>RESPONSABILIDADES FAMILIARES</b>	<b>DATOS DEL HIJO/A 1</b>				
	Nombre	Apellido1	Apellido2	Grado de discapacidad, en su caso	Fecha de nacimiento
	<b>DATOS DEL HIJO/A 2</b>				
	Nombre	Apellido1	Apellido2	Grado de discapacidad, en su caso	Fecha de nacimiento
	<b>DATOS DEL HIJO/A 3</b>				
	Nombre	Apellido1	Apellido2	Grado de discapacidad, en su caso	Fecha de nacimiento

**SOLICITA la revisión de cuantía establecida en el art 5.2. de la Orden FAM/807/2021, de 21 de junio, por la que se regula el procedimiento de concesión y pago de ayudas económicas a las víctimas de violencia de género en Castilla y León prevista en el artículo 27 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.**

En el supuesto de que la persona solicitante se oponga de forma motivada y expresamente a la verificación, por parte de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, de los datos acreditativos de los requisitos necesarios para poder ser beneficiaria de la nueva cuantía de la ayuda concedida en los términos del artículo 5.2 de la orden, deberá acompañar a la solicitud la siguiente documentación:

**Libro de Familia o inscripción de nacimiento**

**Certificado de discapacidad de la hija o hijo, si procede**

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

FIRMA DE LA SOLICITANTE

Fdo:

**GERENCIA TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE**