



ANEXO II

**SOLICITUD DE PAGO DE LAS AYUDAS A LA
NATALIDAD 2025**

1. Datos personales de los beneficiarios

Nombre y apellidos del primer beneficiario	D.N.I./N.I.E.	
Nombre y apellidos del segundo beneficiario	D.N.I./N.I.E.	
Domicilio	Estado civil	Teléfono
Localidad	C.P./Provincia	
Situación familiar (Señalar lo que proceda)		
<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Familia monoparental	
<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho	
¿A quién se tiene encomendada la custodia del niño?	En caso de haberse roto la relación:	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Compartida 50%	¿A quién se tiene encomendada la custodia del niño?	
	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Compartida 50%	

El/Los que suscribe/n manifiesta/n que, en relación con la ayuda a la natalidad concedida por ese Ayuntamiento, mediante resolución de la Alcaldía de fecha ___ de _____ de 202__, por un importe de _____ euros,

SOLICITA/N le/s sea abonado el importe íntegro de la ayuda a la natalidad concedida, mediante transferencia bancaria a la cuenta que se indicó en la solicitud cursada, a cuyos efectos y como justificación de la misma, adjunta/n la siguiente documentación:

- Facturas del/los producto/s adquirido/s, por un importe igual o superior al de la ayuda concedida.
- Justificante del pago de citada factura.

Malpartida de Plasencia a _____ de _____ de 202__.
(firma)

**SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE MALPARTIDA DE
MALPARTIDA DE PLASENCIA**