

ANEXO II

Certificados de las entidades del Tercer Sector de Acción Social a efectos de solicitud del ingreso mínimo vital


MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

**CERTIFICADO DE LAS ENTIDADES DEL TERCER
SECTOR DE ACCION SOCIAL
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL
INGRESO MÍNIMO VITAL**
(* Los campos marcados con * son obligatorios)

*Entidad social del Tercer Sector de acción social	*Número de registro de entidad
*Trabajador/a social colegiado/a	*Número colegiado
*Fecha de emisión del certificado (Anualmente se actualizarán los datos que procedan y se notificarán al INSS)	
*Día	*Mes
	*Año
*Análisis de la situación de convivencia de las siguientes personas empadronadas (Márquese la que proceda)	
Causas (art. 21.9 y 10 Ley 19/2021) <input type="checkbox"/> Empadronamiento en domicilio ficticio <input type="checkbox"/> Domicilio distinto al del empadronamiento <input type="checkbox"/> Prestación de servicio residencial de carácter temporal <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos de parentesco con los que convive según lo previsto en el art.6.1 de la Ley 19/2021 <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos según lo previsto en el art. 6.1 entre todos o parte de los convivientes de la Ley 19/2021 <input type="checkbox"/> Vivir de forma independiente en España (durante al menos 2 años si es menor de 30 años o durante 1 año si es mayor de 30 años y acreditar que forma parte de una unidad de convivencia durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud de forma continuada). <input type="checkbox"/> Encontrarse en riesgo de exclusión social	

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE - IMV

*Primer apellido	*Segundo apellido	*Nombre
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo
		*Estado Civil

2. DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL

*Tipo de vía	*Nombre	*Núm.	*Código postal
*Provincia		*Municipio	
*Fecha desde	*Fecha hasta	*Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Otros:.....	*Domicilio Ficticio Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		*Domicilio Colectivo Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Residencia en régimen temporal (solo cabe marcar casilla NO en los supuestos de violencia de género y trata de seres humanos)			Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

3. PERSONA EMPADRONADA 1

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde hasta		*Grado	
*Residencia legal desde hasta		*Parentesco con la persona empadronada 2 Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Percibe renta mínima de inserción		*Grado	
		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

2021/0414

C-150 cas V.2

3.PERSONA EMPADRONADA 2 (las restantes personas empadronadas irán en CERTIFICADO COMPLEMENTARIO I)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta.....		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta.....		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta.....		*Parentesco con la persona empadronada I SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Percibe renta mínima de inserción		*Grado	
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

4. CIRCUNSTANCIAS* (Acreditar exclusión social, discapacidad, violencia de género, explotación, situación sanitaria, situación social, situación económica, otras)

--

5. SITUACIONES DE CONVIVENCIA DE LA UC* (Acreditar si vive de forma independiente y fecha, si hay pertenencia otra UC y fecha, si existe un empadronamiento diferente al domicilio real y habitual, si viven en el domicilio otros familiares de hasta segundo grado, situación y relaciones entre sí, permanencia y estancia en el domicilio o lugar donde viva)

--

6. ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE OTRAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO SIN PERTENENCIA A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA SOLICITANTE DE INGRESO MÍNIMO VITAL (sólo completar cuando se conozcan los datos)

6.1. OTRA PERSONA EMPADRONADA (las restantes personas empadronadas irán en CERTIFICADO COMPLEMENTARIO II)			
Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta.....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta.....		Grado	
Residencia legal desde..... hasta.....			
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6.2. SITUACIÓN FAMILIAR Y RELACIONES DE ESTAS OTRAS PERSONAS CON LA UNIDAD DE CONVIVENCIA O PERSONA SOLICITANTE DEL IMV (existencia de familiares en las diferentes UC, situación y relaciones entre sí, permanencia y estancia en el domicilio o lugar donde habiten todas las personas o UC)			

Le informamos que los datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación del ingreso mínimo vital, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "INGRESO MÍNIMO VITAL". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: consultas.inss-sccc.proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web: www.seg-social.es.

Los datos personales tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados, sin que puedan ser cedidos ni comunicados a terceros, salvo autorización legal.

....., a de..... de 20

* Representante de la Entidad del Tercer Sector de Acción Social

* Trabajador/a Social



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



**CERTIFICADO COMPLEMENTARIO I
DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

RELACIÓN DE LAS PERSONAS RESTANTES EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO

(*) Los campos marcados con * son obligatorios

*Entidad social del Tercer Sector de acción social	*Número de registro de entidad
*Trabajador/a Social colegiado	*Número colegiado
*Apellidos y nombre de la persona solicitante	*DNI - NIE - Pasaporte de la persona solicitante

1. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

2. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

3. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

20210414

C-150-A1 cas V.2

4. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta		*Grado	
*Residencia legal desde.....hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		*Grado	

5. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta		*Grado	
*Residencia legal desde.....hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		*Grado	

6. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta		*Grado	
*Residencia legal desde.....hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		*Grado	

7. CIRCUNSTANCIAS* (Acreditar exclusión social, discapacidad, violencia de género, explotación, situación sanitaria, situación social, situación económica, otras)

--

Le informamos que los datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación del ingreso mínimo vital, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "INGRESO MÍNIMO VITAL". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: consultas.inss-sccc.proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web: www.seg-social.es. Los datos personales tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados, sin que puedan ser cedidos ni comunicados a terceros, salvo autorización legal.

....., a de de 20

* Representante de la Entidad del Tercer Sector de Acción Social

* Trabajador/a Social



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



**CERTIFICADO COMPLEMENTARIO II
DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

**RELACIÓN DE OTRAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO SIN PERTENENCIA
A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DEL SOLICITANTE DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

(*) Los campos marcados con * son obligatorios

*Entidad social del Tercer Sector de acción social	*Número de registro de entidad
*Trabajador/a Social colegiado	*Número colegiado
*Apellidos y nombre de la persona solicitante	*DNI - NIE - Pasaporte de la persona solicitante

1. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

2. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

3. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

202.0414

C-150-A2 cas V.2

4. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta			
Residencia legal desde..... hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

5. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta			
Residencia legal desde..... hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

6. PERSONA EMPADRONADA.....(A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta			
Residencia legal desde..... hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

7. SITUACIÓN FAMILIAR Y RELACIONES DE ESTAS OTRAS PERSONAS CON LA UNIDAD DE CONVIVENCIA O PERSONA SOLICITANTE DEL IMV (existencia de familiares en las diferentes UC, situación y relaciones entre sí, permanencia y estancia en el domicilio o lugar donde habitan todas las personas o UC)

--

Le informamos que los datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación del ingreso mínimo vital, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "INGRESO MÍNIMO VITAL". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: consultas.inss-sccc.proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web: www.seg-social.es.

Los datos personales tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados, sin que puedan ser cedidos ni comunicados a terceros, salvo autorización legal.

....., a..... de..... de 20

* Representante de la Entidad del Tercer Sector de Acción Social

* Trabajador/a Social