

## ANEXO III

**Comunicación de las Entidades del Tercer Sector de Acción Social, a efectos del mantenimiento de la certificación de la prestación del ingreso mínimo vital**

(\*) Los campos marcados con \* son obligatorios

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| *Entidad social mediadora del Ingreso Mínimo Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | *Número de registro de entidad |
| *Trabajador/a social colegiado/a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | *Número colegiado              |
| *De conformidad con la disposición transitoria séptima, apartado primero, de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital, se certifica que la/s causa/s consignada/s en el certificado emitido con la siguiente fecha continúa/n vigente/s.<br>*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)<br><input type="checkbox"/> Empadronamiento en domicilio ficticio<br><input type="checkbox"/> Domicilio distinto al del empadronamiento<br><input type="checkbox"/> Prestación de servicio residencial de carácter temporal<br><input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos de parentesco indicados en el art. 6.1 de la Ley 19/2021 con las personas con las que convive el solicitante individual o la unidad de convivencia<br><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)<br><input type="checkbox"/> Acreditar que la unidad de convivencia está constituida, de forma continuada, durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud<br><input type="checkbox"/> Encontrarse en riesgo de exclusión social |                                |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR IMV

|                        |                      |         |
|------------------------|----------------------|---------|
| *Primer apellido       | *Segundo apellido    | *Nombre |
| *DNI - NIE - pasaporte | *Fecha de nacimiento |         |

## 2. DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL

|              |         |            |                |
|--------------|---------|------------|----------------|
| *Tipo de vía | *Nombre | *Núm.      | *Código postal |
| *Provincia   |         | *Municipio |                |

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-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web: [www.seg-social.es](http://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