

ANEXO I

Certificado de los servicios sociales a efectos de solicitud del ingreso mínimo vital

(*) Los campos marcados con * son obligatorios

*Trabajador/a Social colegiado		*Número colegiado
*Responsable Servicios Sociales		
*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) Empadronamiento en domicilio ficticio Domicilio distinto al del empadronamiento Prestación de servicio residencial de carácter temporal 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 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) Acreditar que la unidad de convivencia está constituida, de forma continuada, durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud 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	

2. DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL

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

3. PERSONA EMPADRONADA 1

*Nombre y apellidos		
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	
*Convivencia con la persona solicitante desde	hasta	
*Convivencia con resto de convivientes desde	hasta	
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ NO	*Grado
*Parentesco con la persona empadronada 2	SÍ NO	*Grado

3. PERSONA EMPADRONADA 2

*Nombre y apellidos		
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	
*Convivencia con la persona solicitante desde	hasta	
*Convivencia con resto de convivientes desde	hasta	
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ NO	*Grado
*Parentesco con la persona empadronada 1	SÍ NO	*Grado

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)

Nombre y apellidos		
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	
Convivencia con la persona solicitante desde	hasta	
Convivencia con resto de convivientes desde	hasta	
*Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ NO	*Grado.....

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 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.

* Secretario/a del Ayuntamiento
o Responsable habilitado

, a de 20
*Trabajador/a Social

ANEXO II

Certificado complementario de los servicios sociales a efectos de solicitud del ingreso mínimo vital**RELACIÓN DE LAS PERSONAS RESTANTES EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO INDIVIDUAL O DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA**

(*) Los campos marcados con * son obligatorios

*Trabajador/a Social colegiado	*Número colegiado
*Apellidos y nombre de la persona solicitante	*DNI - NIE - Pasaporte de la persona solicitante

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

*Nombre y apellidos	
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento
*Convivencia con la persona solicitante desde	hasta
*Convivencia con resto de convivientes desde	hasta
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ ☐ NO ☐ *Grado
*Parentesco con la persona empadronada núm	*Grado

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

*Nombre y apellidos	
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento
*Convivencia con la persona solicitante desde	hasta
*Convivencia con resto de convivientes desde	hasta
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ ☐ NO ☐ *Grado
*Parentesco con la persona empadronada núm	*Grado

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

*Nombre y apellidos	
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento
*Convivencia con la persona solicitante desde	hasta
*Convivencia con resto de convivientes desde	hasta
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ ☐ NO ☐ *Grado
*Parentesco con la persona empadronada núm	*Grado

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

*Nombre y apellidos	
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento
*Convivencia con la persona solicitante desde	hasta
*Convivencia con resto de convivientes desde	hasta
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ ☐ NO ☐ *Grado
*Parentesco con la persona empadronada núm	*Grado

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

*Nombre y apellidos	
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento
*Convivencia con la persona solicitante desde	hasta
*Convivencia con resto de convivientes desde	hasta
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ ☐ NO ☐ *Grado
*Parentesco con la persona empadronada núm	*Grado

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

*Nombre y apellidos	
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento
*Convivencia con la persona solicitante desde	hasta
*Convivencia con resto de convivientes desde	hasta
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ ☐ NO ☐ *Grado
*Parentesco con la persona empadronada núm	*Grado

7. CIRCUNSTANCIAS* (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, 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-sscc.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.

* Secretario/a del Ayuntamiento
o Responsable habilitado

, a de de 20

* Trabajador/a Social

ANEXO III

Comunicación de los de servicios sociales a efectos del mantenimiento de la certificación de la prestación del ingreso mínimo vital

(*) Los campos marcados con * son obligatorios

*Trabajador/a Social colegiado/a		*Número colegiado/a
*Responsable Servicios Sociales		
*De conformidad con el artículo 22 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.		
*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) Empadronamiento en domicilio ficticio Domicilio distinto al del empadronamiento Prestación de servicio residencial de carácter temporal 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 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) Acreditar que la unidad de convivencia está constituida, de forma continuada, durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud 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.

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

* Secretario/a del Ayuntamiento o
Responsable habilitado/a

* Trabajador/a Social