**SIZN**

**120034**

Nº Procedimiento

Código SIACI

**ANEXO I: SOLICITUD DE COMPLEMENTO AL ALQUILER PARA BENEFICIARIOS DE PENSIÓN DE INVALIDEZ Y/O JUBILACIÓN EN SU MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA INTERESADA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física  NIF | | | NIE | | | | | Número de documento | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Hombre  Mujer: |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | |  | Correo electrónico: | | | | |  | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | |  | | | | | | 2º Apellido: | |  | | |  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Hombre  Mujer: |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: |  | | | |  | | Población: | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | |  | | | |  | | Correo electrónico: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la persona representante designada por la persona interesada** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  *Notificación electrónica (Si elige o está obligada a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos).* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Viceconsejería de Servicios y Prestaciones Sociales. |
| **Finalidad** | Gestión y tramitación de los procedimientos relativos a las prestaciones económicas de Servicios Sociales. |
| **Legitimación** | 6.1.e), Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos, del Reglamento General de Protección de Datos; y 9.2.h), el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos. Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre; el Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, y el Real Decreto 1191/2012, de 3 de agosto. |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/info/0171> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **EXPONE:** Que soy titular de una Pensión No contributiva y resido en una vivienda alquilada, cumpliendo todos los requisitos establecidos en la legislación vigente para ser beneficiaria del complemento correspondiente.  **SOLICITA**: Se me conceda el citado complemento en la Cuantía correspondiente a este ejercicio. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos sobre el domicilio del Pensionista** | | | | | | |
| ¿La vivienda que usted ha señalado como domicilio es alquilada? SÍ  NO  ¿Desde qué fecha tiene fijada su residencia habitual en dicha vivienda? Indíquelo. Día       Mes       Año  ¿Es usted persona propietaria de otra vivienda? SÍ  NO  Si la respuesta es afirmativa indique los datos sobre la ubicación de esa otra vivienda. | | | | | | |
| Calle o Plaza: | Nº: | Bloque: | Escal.: | Piso: | Puerta: | Código Postal y Localidad        - |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad familiar** | | | | | | |
| NIF/NIE | NOMBRE | 1º APELLIDO | 2º APELLIDO | FECHA DE  NACIMIENTO | PARENTESCO | SITUACIÓN LABORAL |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Datos sobre el contrato de alquiler** |
| ¿Es usted la persona titular del contrato de alquiler? SÍ  NO   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Si la respuesta es positiva indique los siguientes datos | DÍA | MES | AÑO | | Fecha de formalización del contrato de alquiler |  |  |  | | Fecha de vencimiento del contrato de alquiler |  |  |  |     ¿Existen otras personas titulares en el contrato de alquiler? SÍ  NO  Si la respuesta es afirmativa indique los datos sobre las otras titulares   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Núm. DNI/NIE** | **Nombre y Apellidos** | ¿**Tiene reconocida una Pensión no Contributiva? (indique sí o no**) | |  |  |  | |  |  |  | |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos sobre la persona arrendadora de la vivienda alquilada** | | | | | | | | |
| Apellidos/razón Social: | | | | Nombre: | | | Núm. DNI/NIE: | |
| Domicilio (calle o plaza): | Nº: | Bloque: | Esc.: | | Piso: | Puerta: | | Código Postal: |
| Localidad: | | | | Provincia: | | | | Teléfono: |
| ¿Tiene alguna relación de parentesco con la persona arrendadora de la vivienda alquilada? SÍ  NO  Si la respuesta es positiva marque con una X cual es la relación de parentesco:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Padre/Madre: | Hijo/a: | Abuelo/a: | Nieto/a: | Hermano/a: | Tío/a: | Cónyuge: | | Suegro/a: | Yerno/Nuera: | Bisabuelo/a: | Biznieto/a: | Cuñado/a: | Sobrino/a: | Pareja de hecho: | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR** |
| **Documentación:**  Copia del documento que acredite la representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta al pensionista no contributivo.  Copia del contrato de arrendamiento, u otro medio de prueba válido en derecho (recibos, facturas, etc...) en el que obligatoriamente debe figurar la localización de la vivienda. No deberá aportar dicha documentación en caso de haber presentado contrato de arrendamiento ante este mismo órgano en anteriores convocatorias, para lo cual deberá indicarlo a continuación:   |  |  | | --- | --- | | **DOCUMENTO ALEGADO** | **CONVOCATORIA DE APORTACIÓN** | |  |  | |  |  | |  |  | |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos para ser persona beneficiaria** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de concesión de la Prestación, podrá ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  Autorizaciones (para la verificación por la Administración de los datos y documentos relativos a la persona solicitante y a los miembros de la unidad familiar:  **FUNDAMENTACIÓN:**  El artículo 95.1.c) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, y el artículo 71.1. a) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, en el supuesto de pensiones no contributivas, permite el suministro de información a las entidades gestoras de la Seguridad Social sin el consentimiento de la persona afectada  Por otro lado, respecto a la residencia y convivencia del pensionista, la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, en su artículo 16.3, dispone que los datos del Padrón Municipal se cederán a otras Administraciones públicas que lo soliciten sin consentimiento previo a la persona afectada solamente cuando les sean necesarios para el ejercicio de sus respectivas competencias, y exclusivamente para asuntos en los que la residencia o el domicilio sean datos relevantes.  Asimismo, y respecto al acceso de los datos del catastro, el Texto Refundido de la Ley del Catastro Inmobiliario, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2004, de 5 de marzo, en su artículo 53.2.a), establece que podrán acceder a la información catastral protegida, sin necesidad de consentimiento de la persona afectada, las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, con las limitaciones derivadas de los principios de competencia, idoneidad y proporcionalidad. |

|  |
| --- |
| **Datos de la entidad bancaria a efectos del pago de la prestación.** |
| Nombre de la entidad bancaria:  Domicilio:  Nombre completo del titular de la cuenta:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | | **Código Entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **DC** | | **Nº de cuenta** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

En       a       de       de      .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE