**120024**

**S664**

Código SIACI

Nº Procedimiento

**RECONOCIMIENTO DE DERECHO A PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR INVALIDEZ Y A MAYORES DE 65 AÑOS**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
|  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIF [ ] NIE[ ]  Número de documento: |       | Situación Laboral |       |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Nacimiento |       | Hombre:  | [ ]  | Mujer: | [ ]  |  | Estado Civil:  |       |

 |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Domicilio:  |       |  | Nacionalidad: |       |

 |
|  |
|  Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
|  Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |
| Número de Seguridad Social: |       |  |
|  |  |
|  Tiempo de residencia en España: |       |  |
| **El correo electrónico designado** será **el medio por el que se desea recibir el aviso de notificación y, en su caso, de pago.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| NIF [ ]  NIE[ ]  | Número de documento: |       | Fecha de nacimiento: |       |  |
|  |
| 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 designado por la persona interesada.** |

|  |
| --- |
| **NOTIFICACIÓN** |
|  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **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, y el Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo. |
| **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/](https://rat.castillalamancha.es/info/0)0171  |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud**  |
| **EXPONE**:Que reuniendo los requisitos exigidos en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, y en el Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, por el que se desarrolla en materia de pensiones no contributivas la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas.**SOLICITA:**La concesión de:[ ]  Pensión de Invalidez en su modalidad no contributiva (solicitantes con grado de discapacidad igual o superior al 65%).[ ]  Pensión de Jubilación en su modalidad no contributiva (solicitantes mayores de 65 años). |

|  |
| --- |
| **DATOS DE DISCAPACIDAD (únicamente para solicitudes de Invalidez)** |
| ¿Está incapacitada por Sentencia Judicial? SI [ ]  NO [ ] ¿Tiene reconocida Grado de Discapacidad? SI [ ]  NO [ ] Si la respuesta ha sido afirmativa indique: Provincia:       Año:       Porcentaje:        Si la respuesta ha sido **negativa** se le informa que:1. En base a la presente solicitud se deberá iniciar el Procedimiento de Valoración del grado de discapacidad de la persona interesada.2. Dicha valoración, al ser preceptiva y vinculante, suspende el cómputo del plazo máximo de resolución de esta solicitud (artículo 22.1.d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas). |

|  |
| --- |
| **UNIDAD FAMILIAR** |
| NIF/NIE | NOMBRE | 1er APELLIDO | 2º APELLIDO | FECHA DENACIMIENTO | Parentesco con la persona solicitante | ESTADO CIVIL |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
| **INGRESOS** |
| NIF/NIE | NOMBRE | 1er APELLIDO | 2º APELLIDO | RENTAS DE TRABAJO | OTROS INGRESOS (de cualquier tipo) |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **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.**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.**MUY IMPORTANTE:****El/la trabajador/a social de su barrio o localidad, a quien encontrará en el Centro Social puede prestarle una valiosa información, tanto para aclarar el objetivo de las ayudas como la tramitación del expediente.** |

|  |
| --- |
| **Datos de la entidad bancaria a efectos del pago de la PENSIÓN.**  |
| **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