**S513**

**030037**

**ANEXO I: SOLICITUD DE INGRESO MÍNIMO DE SOLIDARIDAD**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | |  | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | 2º Apellido: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | NIF NIE Número de documento: |  | Situación Laboral |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Fecha de Nacimiento |  | Hombre |  | Mujer | Nacionalidad: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | |  | C.P.: | |  | | |  | | Población: | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  |  | Teléfono móvil: | | | | |  | |  | Correo electrónico: | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación y en su caso de pago.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE  Número de documento | | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligados 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/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o 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; datos de categoría especial: 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. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y las bases reguladoras contenidas en la Orden de 29 de diciembre de 2009, de la Consejería de Salud y Bienestar Social. |
| **Destinatarias/os** | 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](https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD FAMILIAR** | | | | | |
| NIF/NIE | NOMBRE | 1er APELLIDO | 2º APELLIDO | FECHA DE  NACIMIENTO | SITUACION  LABORAL |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **EXPONE**:  Que reuniendo los requisitos exigidos en el Decreto 179/2002, de 17 de diciembre, de Desarrollo del Ingreso Mínimo de Solidaridad, Ayudas de Emergencia Social y Prestaciones Económicas en favor de colectivos desfavorecidos, y de la colaboración y cooperación en materia de Servicios Sociales, y en la Orden de Bases reguladoras correspondiente.  **SOLICITA:**  La concesión de:  Ayuda de Ingreso Mínimo de Solidaridad  Renovación  Renovación Excepcional |

|  |
| --- |
| **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:   * No incurre en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 13.2 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, que prohíben obtener la condición de beneficiario (salvo las que por la naturaleza de la subvención se exceptúan en las bases reguladoras). * Se compromete asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifican en las Bases y convocatoria de esta ayuda, las cuales conoce y acepta en su integridad.   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 ayuda o subvención, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) 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 menores de 14 años):**  **Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración, salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.**  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de datos catastrales.  Me opongo a la consulta de datos sobre pensiones, prestaciones o subsidios.  Me opongo a la consulta de datos acreditativos de demandante de empleo.  Autorizo la consulta de datos de índole tributaria (última Declaración del IRPF).  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social:  -  -  -  ***En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.***  La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la subvención objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003, de 21 de febrero, en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales  **Documentación:**  **Las personas interesadas no tendrán obligación de presentar documentación alguna acompañando a la solicitud**.  Solo en el caso de que tras la valoración de las solicitudes presentadas y de los correspondientes informes sociales, se prevea que la propuesta de resolución provisional va a ser favorable a su concesión, se requerirá a la persona interesada la relación de documentos a aportar.  No obstante lo anterior , declara aportar los siguientes documentos con la solicitud:  Certificación del padrón municipal en que conste su residencia y empadronamiento del interesado, sus convivientes y la fecha de alta en el mismo.  Certificado actual de haberes que perciba cada uno de los componentes de la unidad familiar expedido por la empresa u organismo correspondiente.  En su defecto, se aportará la fotocopia del recibo de salarios de los últimos tres meses cuando se trate de ingresos regulares, o los documentos oportunos referidos a dicho periodo cuando se trate de ingresos irregulares en cuantía y periodicidad.  Certificado de las entidades bancarias a quienes se les hayan confiado las cuentas o depósitos, sobre el saldo medio de los 90 días anteriores a la petición de la ayuda, en cuanto al resto del capital mobiliario su valor al final del trimestre natural anterior.  En los casos en que no se aporte documentación específica de ingresos, rentas o patrimonio de la unidad familiar, declaración responsable sobre ellos.  Documento acreditativo de reclamación de alimentos.  Documento acreditativo del alquiler o hipoteca de la vivienda.  Además de los anteriores, los solicitantes que no hayan autorizado a la Administración para que compruebe directamente los datos referidos a identidad, información tributaria y catastral, pensiones, prestaciones o subsidios, e información sobre demandante de empleo, presentarán también los siguientes documentos:  Fotocopia del Documento Nacional de Identidad/Número de Identificación Fiscal/Número de Identificación de Extranjero.  Fotocopia de la Declaración del I.R.P.F. más reciente en función de la fecha de la solicitud.  Documentación acreditativa de valores catastrales.  Certificado como demandante de empleo.  Certificado de pensiones, prestaciones o subsidios que perciba cada uno de los componentes de la unidad familiar expedido por el organismo correspondiente.  **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 AYUDA** |
| **Nombre de la entidad bancaria**  **Domicilio**  **Nombre completo del titular de la cuenta**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | **Código entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **DC** | | **Número de Cuenta** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

En      a     de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**