

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

1851 *Resolución de 26 de enero de 2022, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se aprueban los modelos normalizados que deberán cumplimentar los Servicios Sociales y las Entidades del Tercer Sector de Acción Social para certificar el cumplimiento de los requisitos previstos en la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital.*

El capítulo II del título I del Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico, estableció una serie de medidas en materia de la prestación de ingreso mínimo vital.

Entre dichas medidas, el artículo 3. Ocho introdujo en el artículo 19 del Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital, dos nuevos apartados, 9 y 10, para incorporar la exigencia de un certificado expedido por los Servicios Sociales competentes, cuando fuera necesario, para acreditar determinados requisitos y circunstancias para acceder a la indicada prestación.

Por otra parte, el artículo 3. Catorce añadió una nueva disposición transitoria octava al citado Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo, conforme a la cual de forma excepcional, durante los cinco años siguientes a su entrada en vigor, las Entidades del Tercer Sector de Acción Social debidamente inscritas, podrían emitir certificado para acreditar las circunstancias previstas en los citados apartados 9 y 10 del artículo 19.

Actualmente, la exigencia de tales certificados se encuentra recogida, respecto de los servicios sociales competentes, en los apartados 9 y 10 del artículo 21 y, respecto de las Entidades del Tercer Sector de Acción Social, en la disposición transitoria séptima de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital, procedente del citado Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo. Esta ley incorpora en su disposición adicional sexta una habilitación a la persona titular de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social para que, mediante resolución que habrá de publicarse en el «Boletín Oficial del Estado», apruebe los modelos normalizados que deberán cumplimentar, en todo caso, los citados Servicios Sociales y las Entidades del Tercer Sector de Acción Social para certificar el cumplimiento de los indicados requisitos.

Así, al amparo de la referida habilitación, mediante la presente resolución se aprueban los modelos normalizados de los certificados de referencia.

Por todo ello, vistos los textos legales citados y demás normas de aplicación, resuelvo:

Primero.

Aprobar los modelos normalizados de certificados que deberán utilizar, en todo caso, los Servicios sociales competentes para acreditar los requisitos previstos en los apartados 9 y 10 del artículo 21 de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital, que figuran como anexo I a esta resolución.

Segundo.

Aprobar los modelos normalizados de certificados que deberán utilizar, en todo caso, las Entidades del Tercer Sector de Acción Social, debidamente inscritas, para acreditar los requisitos previstos en los apartados 9 y 10 del artículo 21 de la

Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital, que figuran como anexo II a esta resolución.

Tercero.

La presente resolución surtirá efectos el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 26 de enero de 2022.–La Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, María del Carmen Armesto González-Rosón.

ANEXO I

Certificados de los Servicios Sociales a efectos de solicitud del ingreso mínimo vital



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

**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) <input type="checkbox"/> Empadronamiento en domicilio ficticio <input type="checkbox"/> Domicilio distinto al del empadronamiento <input type="checkbox"/> Prestación de servicio residencial de carácter temporal <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos de parentesco con los que convive según lo previsto en el art.6.1 de la Ley 19/2021 <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos según lo previsto en el art. 6.1 entre todos o parte de los convivientes de la Ley 19/2021 <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 y acreditar que forma parte de una unidad de convivencia durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud de forma continuada). <input type="checkbox"/> 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	*Sexo
		*Estado Civil

2. DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL

*Tipo de vía	*Nombre	*Núm.	*Código postal
*Provincia		*Municipio	
*Fecha desde	*Fecha hasta	*Tipo de Vivienda	*Domicilio Ficticio
		<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Otros:.....	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			*Domicilio Colectivo
			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
*Residencia en régimen temporal (solo cabe marcar casilla NO en los supuestos de violencia de género y trata de seres humanos)			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

3. PERSONA EMPADRONADA 1

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada 2 SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Percibe renta mínima de inserción SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

20210414

C-149 sus V.2

3. PERSONA EMPADRONADA 2 (las restantes personas empadronadas irán en CERTIFICADO COMPLEMENTARIO I)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada 1 SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Percibe renta mínima de inserción SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*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 II)			
Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta			
Residencia legal desde..... hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
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 habiten 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-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

*Trabajador/a Social



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES



**CERTIFICADO COMPLEMENTARIO I DE LOS SERVICIOS SOCIALES
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

RELACIÓN DE LAS PERSONAS RESTANTES EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO

(*) 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 numerar por el trabajador social)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.....	
*Percibe renta mínima de inserción Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.....	
*Percibe renta mínima de inserción Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.....	
*Percibe renta mínima de inserción Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

2021.0414

C-149-A1 cas V.2

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Grado	

7. CIRCUNSTANCIAS* (Acreditar 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-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.

....., a de de 20

* Secretario/a del Ayuntamiento o Responsable habilitado

* Trabajador social



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



**CERTIFICADO COMPLEMENTARIO II DE LOS SERVICIOS SOCIALES
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

**RELACION DE OTRAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO SIN PERTENENCIA
A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DEL SOLICITANTE DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

(*) 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 numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

20210414

C-149-A2 cas V.2

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percebe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percebe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percebe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

7. 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.

....., a.....de.....de 20

Secretario/a del Ayuntamiento o Responsable habilitado

* Trabajador social

ANEXO II

Certificados de las entidades del Tercer Sector de Acción Social a efectos de solicitud del ingreso mínimo vital


MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

**CERTIFICADO DE LAS ENTIDADES DEL TERCER
SECTOR DE ACCION SOCIAL
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL
INGRESO MÍNIMO VITAL**
(* Los campos marcados con * son obligatorios)

*Entidad social del Tercer Sector de acción social	*Número de registro de entidad
*Trabajador/a social colegiado/a	*Número colegiado
*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) <input type="checkbox"/> Empadronamiento en domicilio ficticio <input type="checkbox"/> Domicilio distinto al del empadronamiento <input type="checkbox"/> Prestación de servicio residencial de carácter temporal <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos de parentesco con los que convive según lo previsto en el art.6.1 de la Ley 19/2021 <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos según lo previsto en el art. 6.1 entre todos o parte de los convivientes de la Ley 19/2021 <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 y acreditar que forma parte de una unidad de convivencia durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud de forma continuada). <input type="checkbox"/> 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	*Sexo
		*Estado Civil

2. DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL

*Tipo de vía	*Nombre	*Núm.	*Código postal
*Provincia		*Municipio	
*Fecha desde	*Fecha hasta	*Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Otros:.....	*Domicilio Ficticio Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		*Domicilio Colectivo Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Residencia en régimen temporal (solo cabe marcar casilla NO en los supuestos de violencia de género y trata de seres humanos)			Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

3. PERSONA EMPADRONADA 1

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde hasta			*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
*Convivencia con resto de convivientes desde hasta			*Grado
*Residencia legal desde hasta			*Parentesco con la persona empadronada 2 Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
*Percibe renta mínima de inserción			*Grado
			Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

2021/0414

C-150/cas V.2

3. PERSONA EMPADRONADA 2 (las restantes personas empadronadas irán en CERTIFICADO COMPLEMENTARIO I)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta.....		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta.....		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta.....		*Parentesco con la persona empadronada I SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Percibe renta mínima de inserción		*Grado	
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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. ANÁLISIS 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 II)			
Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta.....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta.....		Grado	
Residencia legal desde..... hasta.....			
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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 habiten 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.

....., a de..... de 20

* Representante de la Entidad del Tercer Sector de Acción Social

* Trabajador/a Social



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



**CERTIFICADO COMPLEMENTARIO I
DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

RELACIÓN DE LAS PERSONAS RESTANTES EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO

(*) Los campos marcados con * son obligatorios

*Entidad social del Tercer Sector de acción social	*Número de registro de entidad
*Trabajador/a Social colegiado	*Número colegiado
*Apellidos y nombre de la persona solicitante	*DNI - NIE - Pasaporte de la persona solicitante

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		*Grado	
		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		*Grado	
		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta		*Grado	
*Residencia legal desde..... hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		*Grado	
		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

20210414

C-150-A1 cas V.2

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta		*Grado	
*Residencia legal desde.....hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		*Grado	

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta		*Grado	
*Residencia legal desde.....hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		*Grado	

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

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		*Parentesco con la persona solicitante Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta		*Grado	
*Residencia legal desde.....hasta		*Parentesco con la persona empadronada núm.	
*Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		*Grado	

7. CIRCUNSTANCIAS* (Acreditar 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-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.

....., a de de 20

* Representante de la Entidad del Tercer Sector de Acción Social

* Trabajador/a Social



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL



**CERTIFICADO COMPLEMENTARIO II
DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

**RELACIÓN DE OTRAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO SIN PERTENENCIA
A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DEL SOLICITANTE DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

(*) Los campos marcados con * son obligatorios

*Entidad social del Tercer Sector de acción social	*Número de registro de entidad
*Trabajador/a Social colegiado	*Número colegiado
*Apellidos y nombre de la persona solicitante	*DNI - NIE - Pasaporte de la persona solicitante

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde.....hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde.....hasta			
Residencia legal desde.....hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

202.0414

C-150-A2 cas V.2

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta			
Residencia legal desde..... hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta			
Residencia legal desde..... hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde..... hasta		Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convivencia con resto de convivientes desde..... hasta			
Residencia legal desde..... hasta		Grado	
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

7. 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.

....., a..... de..... de 20

* Representante de la Entidad del Tercer Sector de Acción Social

* Trabajador/a Social