



**SOLICITUD DE COMPLEMENTO PARA PERSONAS TITULARES DE PENSIÓN
NO CONTRIBUTIVA QUE RESIDAN EN UNA VIVIENDA ALQUILADA
(Código procedimiento: 6827)**

| I DATOS PERSONALES DE LA PERSONA PENSIONISTA | | | | | |
|--|-----------------|---------------------|------------|---------|------------|
| PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | NOMBRE: | DNI/NIE: |
| DOMICILIO: | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | | | | |
| KM. VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: |
| LOCALIDAD: | | | PROVINCIA: | | C. POSTAL: |
| TELÉFONO FIJO: | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE | | | | | |
| PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | NOMBRE: | DNI/NIE: |
| TELÉFONO FIJO: | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |

| II LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|------------|--------------------------|---------|
| Marque sólo una opción. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica: | | | | | |
| DOMICILIO NOTIFICACIONES: (Cumplimentar únicamente en el caso de que no coincida con el indicado en el apartado 1) | | | | | |
| TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA: | | | | |
| KM EN LA VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: |
| LOCALIDAD: | | | PROVINCIA: | | PAÍS: |
| CÓD. POSTAL: | | | | | |
| TELÉFONO FIJO: | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| <input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía. | | | | | |
| En tal caso: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema. | | | | | |
| Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@. | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | Nº teléfono móvil: | |

| III DATOS SOBRE EL DOMICILIO DE LA PERSONA PENSIONISTA | | | | | |
|---|-------------|--------|------------|-------|------------|
| ¿La vivienda que usted ha señalado como domicilio en el apartado anterior es alquilada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| ¿Desde qué fecha tiene fijada su residencia habitual en dicha vivienda? / / Indique la fecha | | | | | |
| ¿Posee usted alguna otra vivienda en propiedad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos sobre la ubicación de esa otra vivienda: | | | | | |
| DOMICILIO: | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | | | | |
| KM. VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: |
| LOCALIDAD: | | | PROVINCIA: | | C. POSTAL: |



| IV DATOS SOBRE EL CONTRATO DE ALQUILER | | |
|---|--------------------|---|
| ¿Es usted la persona titular del contrato de alquiler? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |
| Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos: | | |
| Fecha de formalización del contrato de alquiler: | / | Indique la fecha / |
| Fecha de vencimiento del contrato de alquiler: | / | Indique la fecha / |
| ¿Existen otras personas titulares en el contrato de alquiler? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |
| Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos sobre las personas titulares: | | |
| Núm. D.N.I./N.I.E. | Nombre y apellidos | ¿Tiene reconocida una pensión no contributiva? (indique Si o No) |
| | | |
| | | |

| V DATOS SOBRE LA PERSONA ARRENDADORA DE LA VIVIENDA | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL: | | | NOMBRE: | | DNI/NIE/NIF: |
| DOMICILIO: | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | | | | |
| KM. VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: |
| LOCALIDAD: | | | PROVINCIA: | | C. POSTAL: |
| TELÉFONO FIJO: | TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| ¿Tiene usted alguna relación de parentesco con la persona arrendadora de la vivienda alquilada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa marque con una X cual es la relación de parentesco: | | | | | |
| Padre/Madre <input type="checkbox"/> | Hijo/a <input type="checkbox"/> | Abuelo/a <input type="checkbox"/> | Nieto/a <input type="checkbox"/> | Hermano/a <input type="checkbox"/> | Tío/a <input type="checkbox"/> |
| Suegro/a <input type="checkbox"/> | Yerno/Nuera <input type="checkbox"/> | Bisabuelo/a <input type="checkbox"/> | Biznieto/a <input type="checkbox"/> | Cuñado/a <input type="checkbox"/> | Sobrino/a <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Cónyuge <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Pareja de hecho <input type="checkbox"/> |

| VI DOCUMENTACIÓN A APORTAR | |
|--|---|
| DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD | |
| 1.- | Copia autenticada de la sentencia judicial que declare la incapacidad y/o copia autenticada del documento que acredite la representación legal cuando la solicitud se suscriba por persona distinta de la posible beneficiaria. |
| 2.- | Copia autenticada 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. |

| VII DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA | |
|--|--|
| DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. Quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo. | |
| En a de de | |
| LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE | |
| Fdo.: | |

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

| PROTECCIÓN DE DATOS |
|--|
| En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que figuran en esta solicitud serán incorporados al fichero automatizado "Pensiones no contributivas", que tiene por finalidad la gestión de estas prestaciones y cuya competencia tiene atribuida la Junta de Andalucía. Dicho fichero permanecerá bajo la custodia de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Si lo desea, en cualquier momento puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, dirigiendo un escrito ante la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la provincia de su lugar de residencia. |

La presentación de esta solicitud conlleva la autorización al órgano gestor para realizar las consultas relativas a la tramitación de la misma, en virtud del art. 71 de la Ley General de Seguridad Social y el art. 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser actos constitutivos de delito.