



SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ NO CONTRIBUTIVA

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (B.O.E. 29 de junio)

EXPEDIENTE PROCEDENCIA

(A rellenar por la Administración)

I. DATOS DEL INTERESADO

1. Datos personales

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			D.N.I. / N.I.F.			
FECHA DE NACIMIENTO			SEXO			NACIONALIDAD			SOLTERO <input type="checkbox"/>		CASADO <input type="checkbox"/>	
Día	Mes	Año	Hombre <input type="checkbox"/>			Mujer <input type="checkbox"/>			SEPARADO <input type="checkbox"/>		VIUDO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL PADRE						NOMBRE DE LA MADRE						
DOMICILIO (calle o plaza)				Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL			
LOCALIDAD Y MUNICIPIO				PROVINCIA				TELÉFONO				
¿ES PENSIONISTA?				SI ES PENSIONISTA DE PAÍS EXTRANJERO INDIQUE LA CUANTÍA, EL ORGANISMO Y EL PAÍS								
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>												

2. Datos de la Discapacidad o enfermedad crónica

La discapacidad / enfermedad que alega es:	Física <input type="checkbox"/>	Psíquica <input type="checkbox"/>	Sensorial <input type="checkbox"/>
¿Ha sido reconocido como discapacitado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PROVINCIA	AÑO

3. Datos de residencia

¿Reside legalmente en la actualidad en Murcia? Sí No ¿Y en España o País de la Unión Europea durante cinco años? Sí No

¿De esos cinco años, dos han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? Sí No

Complete el siguiente cuadro:

PERIODOS	MUNICIPIO/PROVINCIA	PAÍS

4. Datos económicos

4.1 ¿Tiene ingresos o rentas propios derivados del trabajo, de prestaciones de Organismos Públicos, o de capital (intereses bancarios, tierras, o viviendas distintas a la habitual)? Sí No

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	EMPRESA/ORGANISMO/PERSONA

4.2. ¿Tiene solicitada otra prestación en alguna de las Administraciones Públicas? Sí No

Clase de prestación

Organismo

4.3. ¿Es causante de la prestación por Hijo a Cargo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERCEPTOR	D.N.I.	CUANTÍA MENSUAL	ORGANISMO QUE LA RECONOCE (MARQUE CON X)				
			INSS	ISFAS	MUFACE	MUGEJU	ISM

II. DATOS DEL TUTOR (sólo en el supuesto de que el solicitante esté incapacitado judicialmente)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				D.N.I.	
DOMICILIO (Calle o Plaza)		Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
MUNICIPIO		PROVINCIA				TELÉFONO	

III. DATOS PARA EL ABONO DE LA PENSIÓN

TITULAR/ES DE LA CUENTA				
Nº/s DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)		BANCO O CAJA DE AHORROS		
AGENCIA N.º	DOMICILIO (calle o plaza)	N.º	MUNICIPIO	TELÉFONO
NÚMERO CÓDIGO CUENTA CLIENTE (20 DÍGITOS)				

IV. DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA

VIVE SOLO

VIVE CON FAMILIARES

Si convive con: cónyuge, hijos, nietos, padres, hermanos y cónyuges de éstos:

CONVIVIENTES

NOMBRE		APELLIDOS	D.N.I.	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DE PARENTESCO Y ESTADO CIVIL	INGRESOS ANUALES	FIRMA
1		1.º					
		2.º					
2		1.º					
		2.º					
3		1.º					
		2.º					
4		1.º					
		2.º					
5		1.º					
		2.º					
6		1.º					
		2.º					
7		1.º					
		2.º					
8		1.º					
		2.º					

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y **autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, al igual que también autorizan los miembros de mi unidad económica de convivencia, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.** Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Murciano de Acción Social **cualquier variación** que pudiera producirse, a partir de la fecha de presentación de esta solicitud, respecto a mi situación personal (cambio de residencia, variación de estado civil), económica (realización de trabajos, percepción de otras pensiones, rentas de capital) y familiar (variación de las personas con las que convivo).

Asimismo, le informamos que los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero de Perceptores de Pensiones No Contributivas, con la exclusiva finalidad de gestionar la prestación solicitada. El responsable de este fichero/tratamiento es el Instituto Murciano de Acción Social, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En..... a..... de de 201.....

Fdo.:.....

SR DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES, VALORACIÓN Y PROGRAMAS DE INCLUSIÓN.

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

1. Fotocopia compulsada del D.N.I. actualizado del solicitante.
2. Fotocopias del D.N.I. de los familiares con los que convive el solicitante.
3. En caso de extranjeros, fotocopia compulsada del pasaporte y de la tarjeta o permiso de residencia actualizados.
4. Si el solicitante estuviera incapacitado judicialmente, fotocopia compulsada del D.N.I. del tutor y fotocopia compulsada de la Sentencia.
5. Fotocopia compulsada del libro de familia del solicitante y de los familiares que convivan y lo posean.
6. Fotocopia de la libreta de ahorros o cuenta corriente, a efectos de domiciliación bancaria, figurando el solicitante como titular, así como el tutor en su caso.
7. Justificante de los ingresos del solicitante y los familiares convivientes (nóminas, prestaciones del I.N.E.M., manutención por Separación o Divorcio y prestación por Incapacidad Temporal).