

# SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ NO CONTRIBUTIVA

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

(Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones)

## I. DATOS DEL INTERESADO

### 1. Datos Personales

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		NUM. D.N.I./N.I.F.					
FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		NACIONALIDAD/ES		ESTADO CIVIL				
Día	Mes	Año	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>							
LUGAR DE NACIMIENTO			NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE						
DOMICILIO (Calle/Plaza)					N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL	
LOCALIDAD			PROVINCIA					TELEFONO			
¿TIENE SEGURIDAD SOCIAL?			TITULAR		NUMERO AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL						
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>								
¿TRABAJA O HA TRABAJADO?			EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LA PROVINCIA Y/O EL PAIS								
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>										

### 2. Datos de residencia

¿Reside legalmente en la actualidad en España? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Ha residido legalmente en España o en otro país de la U.E. 5 años desde que nació? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿De esos 5 años, 2 han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es afirmativa indique:			
Período	Localidad	Provincia	País

### 3. Datos de la minusvalía o enfermedad crónica

La minusvalía o enfermedad crónica que alega es: Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido reconocido o calificado como minusválido? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es afirmativa en qué provincia: _____ y año _____			

#### 4. Datos económicos

Tiene ingresos o rentas propios: Si  No

Si la respuesta es afirmativa indique:

##### 4.1. Pensión que recibe actualmente:

FAS Ancianidad

LISMI

GARANTIA INGRESOS MINIMOS

PRESTACION HIJO A CARGO

FAS Enfermedad

AYUDA TERCERA PERSONA

OTRA PENSION:

Cuantía anual: \_\_\_\_\_ Organismo que abona: \_\_\_\_\_

¿Tiene solicitada otra prestación? SI  NO  Concepto: \_\_\_\_\_

##### 4.2. Rentas de trabajo y/o rentas de capital

RENTAS DE TRABAJO			RENTAS DE CAPITAL		
Concepto	Cuantía anual	Empresa, Organismo o persona	Concepto	Rendimientos efectivos	Valor real

#### II DATOS DE LA UNIDAD ECONOMICA DE CONVIVENCIA

¿Convive con algunas de las siguientes personas: cónyuge, hijos, nietos, padres, abuelos o hermanos? Si  No

##### CONVIVIENTES

Nombre	Apellidos	D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Nº. Seg. Social	Relación con el solicitante
1 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES			RENTAS DE CAPITAL		
Concepto	Cuantía anual	Concepto	Rendimientos efectivos	Valor real	

Nombre	Apellidos	D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Nº. Seg. Social	Relación con el solicitante
2 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES			RENTAS DE CAPITAL		
Concepto	Cuantía anual	Concepto	Rendimientos efectivos	Valor real	

Nombre	Apellidos	D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Nº. Seg. Social	Relación con el solicitante
3 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES			RENTAS DE CAPITAL		
Concepto	Cuantía anual	Concepto	Rendimientos efectivos	Valor real	

Nombre	Apellidos	D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Nº. Seg. Social	Relación con el solicitante
4 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES			RENTAS DE CAPITAL		
Concepto	Cuantía anual	Concepto	Rendimientos efectivos	Valor real	



**IV DATOS DEL REPRESENTANTE**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NUM. D.N.I.
DOMICILIO (Calle/Plaza)		N.º Bloque Escalera Piso Puerta	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELEFONO	
RELACION CON EL INTERESADO		REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>

**V DATOS BANCARIOS PARA ELABONO DE LA PENSION**

BANCO O CAJA DE AHORROS	AGENCIA N.º
DOMICILIO (Calle/Plaza)	N.º
LOCALIDAD	PROVINCIA
LIBRETA DE AHORROS N.º	CUENTA CORRIENTE N.º
TITULAR DE LA LIBRETA O CUENTA	
NUMERO DE IDENTIFICACION FISCAL (N.I.F.)	

**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. Quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo. Igualmente doy mi consentimiento para la consulta de mis datos de Identidad y/o Empadronamiento a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y de Datos de Residencia.

En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

**DATOS CONSTATADOS POR LA ADMINISTRACION** (a rellenar exclusivamente por la administración).

<u>DATOS DEL INTERESADO:</u>	
a) Personales:	
b) De Residencia/Convivencia:	
c) Otros datos:	
<u>DATOS ECONOMICOS:</u>	
a) Recursos propios del solicitante:	
b) Recursos de la U.E.C.:	Total Ingresos:
	Firma: El Tramitador
<u>OTRAS OBSERVACIONES:</u>	
Fdo.:	

## DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD.

- 1.- Fotocopia compulsada del D.N.I. del solicitante.
- 2.- Fotocopia compulsada del D.N.I. del representante y acreditación de su representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta del posible beneficiario.
- 3.- En caso de Extranjeros: Fotocopia compulsada del pasaporte y de la tarjeta, permiso o justificante de residencia en España, referente tanto a la residencia actual, como a los períodos que se alegan.

Nota: las compulsas podrán efectuarse al presentar la solicitud, acompañando los originales de los documentos.

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD.
- ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYUSCULAS, CUMPLIMENTANDO TODOS LOS APARTADOS SEGUN CORRESPONDA.
- PRESENTE CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, CON ELLO EVITARA RETRASOS INNECESARIOS.

### I. DATOS DEL INTERESADO

#### 1. Datos personales.

En este apartado se consignarán todos los datos personales del posible beneficiario. Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

#### 2. Datos de residencia.

Relacione los períodos y lugares de residencia en territorio español o en algún otro país de la Unión Europea, consignando el mes y año de inicio y el mes y año de finalización de la residencia en cada localidad.

#### 3. Datos de minusvalía o enfermedad crónica.

Consigne el tipo de minusvalía o enfermedad crónica que alega. Si usted ha sido calificado como minusválido, indique la provincia de expedición del certificado y el año de emisión.

Si el certificado de minusvalía fue emitido por provincia distinta a ésta donde usted solicita la prestación, rogaríamos aportara fotocopia del mismo.

#### 4. Datos económicos.

En este apartado deberá consignar si percibe o posee rentas o ingresos propios.

##### 4.1. Pensiones que recibe actualmente:

Declare las pensiones o prestaciones periódicas abonadas por cualquier Régimen público o privado de Previsión social, marcando con una X el casillero correspondiente, indicando:

- Concepto: Tipo de pensión o prestación.
- Cuantía anual: la suma total anual neta de cada concepto.
- Empresa, organismo o persona: el que lo abone.

##### 4.2. Rentas de trabajo o capital.

En el supuesto de disponer de bienes muebles y/o inmuebles consignará el concepto de los mismos y sus rendimientos efectivos: intereses, dividendos, alquileres, etc; en cuantía anual.

Si estos bienes no le producen rendimientos, consigne su valor real. Para el caso de poseer inmuebles distintos de la vivienda que habitualmente ocupa deberá, además, adjuntar original o fotocopia compulsada del recibo de abono del Impuesto sobre Bienes Inmuebles (antigua Contribución Territorial).

### II. DATOS DE LA UNIDAD ECONOMICA DE CONVIVENCIA.

Estos datos deberán cumplimentarse necesariamente siempre que el interesado conviva con alguna de las personas reseñadas en el propio apartado, consignando claramente los datos personales y su relación con el interesado.

A efectos de la cumplimentación de los recursos económicos de cada uno de los integrantes de la unidad económica de convivencia, deberán tenerse en cuenta las instrucciones contenidas en el punto I, apartado 4.

### IV. REPRESENTANTE

Este apartado únicamente se rellenará cuando la solicitud se firme por persona distinta del interesado que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho. En ese último caso cumplimentará el modelo que le será facilitado.

### V. DATOS BANCARIOS PARA ELABONO DE LA PENSION.

La agencia del Banco o Caja de Ahorros señalada debe estar ubicada en la misma provincia de residencia del interesado.

Asimismo, el titular de la libreta o cuenta debe ser el perceptor de la pensión.

En el apartado de Nº de Libreta de Ahorros o Cuenta Corriente, deberá consignar los 20 dígitos que componen este número.

## AVISO IMPORTANTE

La falsedad en documento público así como la obtención fraudulenta de prestaciones, puede ser constitutiva de delito.

## JUSTIFICANTE DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

Nombre y Apellidos del interesado o Representante:..... N.I.F. ....

Su solicitud de Pensión de Invalidez no Contributiva ha tenido entrada en esta Delegación Territorial en fecha .....

Le informamos que el plazo máximo para resolver y notificar este procedimiento es de tres meses, entendiéndose desestimada si no se ha resuelto dentro de dicho plazo.

Recibí:

EL FUNCIONARIO

Nombre y Apellidos del interesado o Representante:..... N.I.F. ....

Su solicitud de Pensión de Invalidez no Contributiva ha tenido entrada en esta Delegación Territorial el día .....

, careciendo de los datos y/o documentos necesarios para tramitar el correspondiente expediente. A estos efectos deberá aportar a esta Delegación Territorial, personalmente o por correo, los documentos y/o datos que a continuación se señalan.

Fotocopia compulsada del D.N.I. del interesado, preferentemente, o en su defecto fotocopia compulsada del Libro de Familia o Partida de Nacimiento.

Fotocopia compulsada del D.N.I. del Representante Legal o guardador de hecho.

Declaración del guardador de hecho.

Fotocopia compulsada del pasaporte.  Fotocopia compulsada de la tarjeta o permiso de residencia.

Certificado del Padrón, preferentemente o, en su defecto, Certificado del Ayuntamiento o Declaración responsable de dos vecinos del solicitante ante la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Bienestar Social.

.....

Los documentos requeridos, deberá aportarlos en el plazo de **10 días hábiles** a contar desde esta comunicación.

Transcurrido el plazo indicado sin que se hayan recibido los datos y/o documentos solicitados, **se considerará que DESISTE de su petición y se procederá a emitir resolución en este sentido**, de conformidad con lo establecido en los Arts. 70 y 71.1 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Le informamos que, recibidos dichos documentos, el plazo máximo para la resolución y notificación de este procedimiento es de tres meses, contados a partir del día siguiente al de la fecha de entrada de su solicitud en este Organismo.

Recibí:

En....., a.....de.....de.....

EL FUNCIONARIO

(copia para administración)

### REQUERIMIENTO DATOS/DOCUMENTOS INDISPENSABLES EN SOLICITUDES INCOMPLETAS

Nombre y Apellidos del interesado o Representante:..... N.I.F. ....

Su solicitud de Pensión de Invalidez no Contributiva ha tenido entrada en esta Delegación Territorial el día .....

, careciendo de los datos y/o documentos necesarios para tramitar el correspondiente expediente. A estos efectos deberá aportar a esta Delegación Territorial, personalmente o por correo, los documentos y/o datos que a continuación se señalan.

Fotocopia compulsada del D.N.I. del interesado, preferentemente, o en su defecto fotocopia compulsada del Libro de Familia o Partida de Nacimiento.

Fotocopia compulsada del D.N.I. del Representante Legal o guardador de hecho.

Declaración del guardador de hecho.

Fotocopia compulsada del pasaporte.  Fotocopia compulsada de la tarjeta o permiso de residencia.

Certificado del Padrón, preferentemente o, en su defecto, Certificado del Ayuntamiento o Declaración responsable de dos vecinos del solicitante ante la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Bienestar Social.

.....

Los documentos requeridos, deberá aportarlos en el plazo de **10 días hábiles** a contar desde esta comunicación.

Transcurrido el plazo indicado sin que se hayan recibido los datos y/o documentos solicitados, **se considerará que DESISTE de su petición y se procederá a emitir resolución en este sentido**, de conformidad con lo establecido en los Arts. 70 y 71.1 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Le informamos que, recibidos dichos documentos, el plazo máximo para la resolución y notificación de este procedimiento es de tres meses, contados a partir del día siguiente al de la fecha de entrada de su solicitud en este Organismo.

Recibí:

En....., a.....de.....de.....

EL FUNCIONARIO

(notificación al interesado)