



**CERTIFICADO DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

**A EFECTOS DE SOLICITUD DEL**

**INGRESO MÍNIMO VITAL**

(\*) Los campos marcados con \* son obligatorios

INGRESO MÍNIMO VITAL

\*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)**

- Empadronamiento en domicilio ficticio
- Domicilio distinto al del empadronamiento
- Prestación de servicio residencial de carácter temporal
- Inexistencia de vínculos de parentesco con los que convive según lo previsto en el art.6.1 de la Ley 19/2021
- Inexistencia de vínculos según lo previsto en el art. 6.1 entre todos o parte de los convivientes de la Ley 19/2021
- Vivir de forma independiente en España (durante al menos 2 años si es menor de 30 años ó 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).
- 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<br><input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad<br><input type="checkbox"/> Otros: ..... | *Domicilio Ficticio<br>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | *Domicilio Colectivo<br>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  NO

**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 .....   |               |

**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)

|  |                     |  |              |
|--|---------------------|--|--------------|
| <b>6.1. OTRA PERSONA EMPADRONADA</b> (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](mailto: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](http://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