

Núm. d'expedient _____ / _____ / _____

Sol·licitud de prestació econòmica per al manteniment de necessitats bàsiques

Dades d'identificació de la persona sol·licitant

Número de la targeta sanitària ¹	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació		Número identificador del document - lletra	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE			
Sexe		Data de naixement	Estat civil
<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona			

(1) Codi que comença per 4 lletres seguides de 10 dígits numèrics

Adreça de la persona sol·licitant

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)		Nom de la via		
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal		Població		
Telèfon fix		Telèfon mòbil	Adreça electrònica	

Dades bancàries

Codi entitat	Oficina	Dígit control	Compte corrent o llibreta núm.	NIF del/de la titular del compte - lletra
Diligència de conformitat de l'entitat financera.				El/la director/a
Les dades anteriors coincideixen amb les existents en aquesta oficina.				

Signat i segellat

Declaro: Que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria de la Seguretat Social, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins que s'extingeixi.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella següent:

Població	Data
----------	------

Signatura de la persona sol·licitant

Dades econòmiques que conformen la unitat familiar o convivencial:

Primera persona:

Número de la targeta sanitària	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra		Grau de disminució
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Data de naixement	Estat civil	Relació de parentiu

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria de la Seguretat Social, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins que s'extingeixi.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella següent:

Signatura de la primera persona(*)

(*)En cas que la primera persona sigui menor o discapacitada, cal que signi el seu representant legal

Segona persona:

Número de la targeta sanitària	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra		Grau de disminució
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Data de naixement	Estat civil	Relació de parentiu

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria de la Seguretat Social, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins que s'extingeixi.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella següent:

Signatura de la segona persona(*)

(*)En cas que la segona persona sigui menor o discapacitada, cal que signi el seu representant legal

Tercera persona:

Número de la targeta sanitària	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra		Grau de disminució
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Data de naixement	Estat civil	Relació de parentiu

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria de la Seguretat Social, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins que s'extingeixi.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella següent:

Signatura de la tercera persona(*)

(*)En cas que la tercera persona sigui menor o discapacitada, cal que signi el seu representant legal

Quarta persona:

Número de la targeta sanitària	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra		Grau de disminució
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Data de naixement	Estat civil	Relació de parentiu

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria de la Seguretat Social, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins que s'extingeixi.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella següent:

Signatura de la quarta persona(*)

(*)En cas que la quarta persona sigui menor o discapacitada, cal que signi el seu representant legal

Cinquena persona:

Número de la targeta sanitària	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra		Grau de disminució
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Data de naixement	Estat civil	Relació de parentiu

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria de la Seguretat Social, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins que s'extingeixi.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella següent:

Signatura de la cinquena persona(*)

(*)En cas que la cinquena persona sigui menor o discapacitada, cal que signi el seu representant legal

Documentació que cal adjuntar a la sol·licitud

Original i fotocòpia, o bé fotocòpia compulsada, del DNI /NIE de la persona sol·licitant.

Original i fotocòpia, o bé fotocòpia compulsada, de la declaració de l'impost de patrimoni del darrer exercici disponible. No caldrà aportar aquesta documentació en cas d'haver autoritzat el Departament a efectuar les consultes pertinents amb l'Agència Estatal d'Administració Tributària

Comunicació del Departament d'Acció Social i Ciutadania a la persona sol·licitant

1. En aplicació de l'article 5.2 de la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, el Departament d'Acció Social i Ciutadania informa dels punts següents:

- Les dades de caràcter personal que s'han de facilitar per a l'obtenció de l'objecte d'aquesta sol·licitud s'inclouen en el fitxer d'Expedients de prestacions individuals. La finalitat de la recollida de les dades és la gestió d'aquesta sol·licitud i el destinatari de la informació és l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.

- Existeix la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades que se subministren, adreçant-se a la persona titular de la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, plaça de Pau Vila, 1, 08039 Barcelona.

2. El termini màxim de resolució i notificació d'aquesta sol·licitud administrativa és de 3 mesos. El sentit del silenci administratiu és desestimatori.

3. Aquests ajuts se sotmetran al règim fiscal vigent en el moment d'atorgar-se.