

Número de expediente _____ / _____ / _____

Solicitud de prestación económica para el mantenimiento de necesidades básicas

Datos de identificación de la persona solicitante

Número de la tarjeta sanitaria ⁽¹⁾	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación		Número identificador del documento-letra	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE			
Sexo		Fecha de nacimiento	Estado civil
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			

(1) Código que empieza por 4 letras seguidas de 10 dígitos numéricos.

Dirección de la persona solicitante

Tipo de vía (calle, plaza, etc.)		Nombre de la vía		
Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal		Población		
Teléfono fijo		Teléfono móvil	Dirección electrónica	

Datos bancarios

Código entidad	Oficina	Dígito control	Cuenta corriente o libreta núm.	NIF del/de la titular de la cuenta	Letra
Diligencia de conformidad de la entidad financiera.					El/la director/a
Los datos anteriores coinciden con los existentes en esta oficina.					

Firma y sello

Declaro: Que estoy informado/a del contenido del apartado de comunicación que consta en esta solicitud.

Autorizo al Departamento de Acción Social y Ciudadanía a efectuar las consultas necesarias a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a la Tesorería de la Seguridad Social, al efecto de comprobar que se cumplen las condiciones requeridas para el acceso a la ayuda solicitada y a revisarlas hasta su extinción.

Si **no quiere** dar esta autorización, señale la casilla:

Población	Fecha
-----------	-------

Firma de la persona solicitante

Datos económicos de las personas que conforman la unidad familiar o unidad de convivencia

Primera persona:

Número de la tarjeta sanitaria	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del documento-letra	Grado de discapacidad
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento	Estado civil	Parentesco

Autorizo al Departamento de Acción Social y Ciudadanía a efectuar las consultas necesarias a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a la Tesorería de la Seguridad Social, al efecto de comprobar que se cumplen las condiciones requeridas para el acceso a la ayuda solicitada y a revisirlas hasta su extinción.

Si **no quiere** dar esta autorización, señale la casilla:

Firma de la primera persona (*)

(*) En caso que la primera persona sea menor de edad o discapacitada, deberá firmar su representante legal.

Segunda persona:

Número de la tarjeta sanitaria	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del documento-letra	Grado de discapacidad
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento	Estado civil	Parentesco

Autorizo al Departamento de Acción Social y Ciudadanía a efectuar las consultas necesarias a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a la Tesorería de la Seguridad Social, al efecto de comprobar que se cumplen las condiciones requeridas para el acceso a la ayuda solicitada y a revisirlas hasta su extinción.

Si **no quiere** dar esta autorización, señale la casilla:

Firma de la segunda persona (*)

(*) En caso que la segunda persona, sea menor de edad o discapacitada, deberá firmar su representante legal.

Tercera persona:

Número de la tarjeta sanitaria	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del documento - letra	Grado de disminución
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento	Estado civil	Parentesco

Autorizo al Departamento de Acción Social y Ciudadanía a efectuar las consultas necesarias a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a la Tesorería de la Seguridad Social, al efecto de comprobar que se cumplen las condiciones requeridas para el acceso a la ayuda solicitada y a revisirlas hasta su extinción.

Si **no quiere** dar esta autorización, señale la casilla:

Firma de la tercera persona (*)

(*) En caso que la tercera persona, sea menor de edad o discapacitada, deberá firmar su representante legal.

Cuarta persona:

Número de la tarjeta sanitaria	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del documento-letra	Grado de discapacidad	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento	Estado civil	Parentesco

Autorizo al Departamento de Acción Social y Ciudadanía a efectuar las consultas necesarias a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a la Tesorería de la Seguridad Social, al efecto de comprobar que se cumplen las condiciones requeridas para el acceso a la ayuda solicitada y a revisirlas hasta su extinción.

Si **no quiere** dar esta autorización señale la casilla:

Firma de la cuarta persona (*)

(*) En caso que la cuarta persona, sea menor de edad o discapacitada, deberá firmar su representante legal.

Quinta persona:

Número de la tarjeta sanitaria	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del documento-letra	Grado de disminución	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Dona	Fecha de nacimiento	Estado civil	Parentesco

Autorizo al Departamento de Acción Social y Ciudadanía a efectuar las consultas necesarias a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a la Tesorería de la Seguridad Social, al efecto de comprobar que se cumplen las condiciones requeridas para el acceso a la ayuda solicitada y a revisirlas hasta su extinción.

Si **no quiere** dar esta autorización señale la casilla:

Firma de la quinta persona (*)

(*) En caso que la quinta persona, sea menor de edad o discapacitada, deberá firmar su representante legal.

Documentación que hay que adjuntar a la solicitud

- Original y fotocopia, o bien fotocopia compulsada, del DNI/NIE de la persona solicitante.
- Original y fotocopia, o bien fotocopia compulsada, de la declaración del impuesto sobre el patrimonio del último ejercicio. No es necesario aportar esta documentación en caso de haber autorizado al Departamento a efectuar las consultas pertinentes con la Agencia de Administración Tributaria.

Comunicación del Departamento de Acción Social y Ciudadanía a la persona solicitante

1. En aplicación del artículo 5.2 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el Departamento de Acción Social y Ciudadanía informa de los puntos siguientes:

- Los datos de carácter personal que deben facilitarse para la obtención del objeto de esta solicitud se incluyen en el fichero de expedientes de prestaciones individuales. La finalidad de la recogida de los datos es la gestión de esta solicitud y el destinatario de la información es el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.

- Existe la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos subministrados, dirigiéndose a la persona titular de la Dirección General del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, plaza de Pau Vila, 1, 08039 Barcelona.

2. El plazo máximo de resolución y notificación de esta solicitud administrativa es de 3 meses y el sentido del silencio administrativo es desestimatorio.

3. Estas ayudas se someterán al régimen fiscal vigente en el momento de su concesión.