



## SEGURIDAD SOCIAL

### SOLICITUD DE COMPLEMENTO PARA TITULARES DE PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA QUE RESIDAN EN UNA VIVIENDA ALQUILADA

#### I. DATOS PERSONALES DEL PENSIONISTA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				Num. DNI./NIE	
DOMICILIO (Calle / Plaza)		Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL
SEXO: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		Estado Civil				Fecha de Nacimiento	
LOCALIDAD		PROVINCIA			TELEFONO		

#### II. DATOS SOBRE EL DOMICILIO DEL PENSIONISTA

- ¿La vivienda que usted ha señalado como domicilio en el apartado anterior es alquilada? Si ☐ No ☐
- ¿Desde que fecha tiene fijada su residencia habitual en dicha vivienda? Indique la fecha. Día.....Mes.....Año.....
- ¿Es usted propietario de otra vivienda? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos sobre la ubicación de esa otra vivienda:

Ubicación de la otra vivienda (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL Y LOCALIDAD
---	----	--------	----------	------	--------	---------------------------

#### III. DATOS SOBRE EL CONTRATO DE ALQUILER

¿Es usted el titular del contrato de alquiler?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos

Fecha de formalización del contrato de alquiler

Fecha de vencimiento del contrato de alquiler

Día	Mes	Año

¿Existen otros titulares en el contrato de alquiler?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos sobre los otros titulares:

Núm. DNI./NIE	Nombre y apellidos	¿Tiene reconocida una pensión no contributiva? (Indique Sí o No)

#### IV. DATOS SOBRE EL ARRENDADOR DE LA VIVIENDA ALQUILADA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				Num. DNI./NIE	
DOMICILIO (Calle / Plaza)		Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA			TELEFONO		

¿Tiene usted alguna relación de parentesco con el arrendador de la vivienda alquilada? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa marque con una x cual es la relación de parentesco:

Padre/Madre <input type="checkbox"/>	Hijo/a <input type="checkbox"/>	Abuelo/a <input type="checkbox"/>	Nieto/a <input type="checkbox"/>	Hermano/a <input type="checkbox"/>	Tío/a <input type="checkbox"/>
Suegro/a <input type="checkbox"/>	Yerno/Nuera <input type="checkbox"/>	Bisabuelo/a <input type="checkbox"/>	Biznieto/a <input type="checkbox"/>	Cuñado/a <input type="checkbox"/>	Sobrino/a <input type="checkbox"/>

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo ☐ / no autorizo ☐

(Marque con una X su opción) a que se obtenga certificación acreditativa de propiedades en la Oficina Virtual del Catastro.

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

Fdo.: .....

## DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD

1. Fotocopia compulsada del documento que acredite la representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta al beneficiario pensionista no contributivo.
2. Fotocopia compulsada del contrato de arrendamiento, u otro medio de prueba válido en derecho (recibos, facturas, etc.) en el que obligatoriamente debe figurar la localización de la vivienda.
3. Certificado de empadronamiento expedido por el Ayuntamiento en que usted tenga fijado su domicilio.
4. Nota. Las compulsas podrán efectuarse al presentar la solicitud, acompañando los originales de los documentos.

(\*) Si la opción marcada se corresponde con “no autorizo”, además de los documentos indicados en el apartado 1 junto con la solicitud deberá aportar la siguiente documentación:

- \* Certificación acreditativa de propiedades expedida por la Dirección General del Catastro.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados en este formulario quedarán incorporados a un fichero automatizado, que será procesado exclusivamente para la finalidad descrita, y serán tratados con el grado de protección adecuado según el Real Decreto 994/1999, 11 de junio, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros.

Finalmente, el interesado podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación en cumplimiento de lo establecido en la LOPD, en cualquier oficina de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha de acuerdo a los modelos de solicitudes vigentes.

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO O TRATAMIENTO:**  
**CONSEJERIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL. - Avda. de Francia, 4 - 45071 TOLEDO**