



## ANEXO II

### CERTIFICADO DE LOS SERVICIOS SOCIALES A EFECTOS DE SOLICITUD DEL INGRESO MÍNIMO VITAL



#### RELACIÓN DE OTRAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO SIN PERTENENCIA A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DEL SOLICITANTE DEL INGRESO MÍNIMO VITAL

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

*Trabajador/a Social colegiado	*Número colegiado
*Apellidos y nombre de la persona solicitante	*DNI - NIE - Pasaporte de la persona solicitante

#### 1. PERSONA EMPADRONADA ..... (A numerar por el trabajador social)

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 .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe Renta Mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

#### 2. PERSONA EMPADRONADA ..... (A numerar por el trabajador social)

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 .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe Renta Mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

#### 3. PERSONA EMPADRONADA ..... (A numerar por el trabajador social)

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 .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe Renta Mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**4. PERSONA EMPADRONADA** ..... (A numerar por el trabajador social)

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 .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe Renta Mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**5. PERSONA EMPADRONADA** ..... (A numerar por el trabajador social)

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 .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe Renta Mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**6. PERSONA EMPADRONADA** ..... (A numerar por el trabajador social)

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 .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe Renta Mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**7. 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 habitan todas las personas o UC)

--

Los datos reflejados en este certificado serán tratados por el INSS a través de ficheros informáticos (PROSA) con la finalidad principal de resolver la solicitud presentada por el/la ciudadano/a y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.  
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  
ó Responsable habilitado

\* Trabajador/a Social