

▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA

**Gizarte Ongizaterako
Foru Erakundea
Instituto Foral
De Bienestar Social**▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA
www.alava.net/ifbs/**Datos complementarios para
el acceso a servicios y prestaciones
económicas del SAAD****004**A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL
INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL**Datos de la persona solicitante**

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento (día, mes y año)

Sexo

H ☐M ☐

Nacionalidad

Estado Civil

Domicilio (Calle / Plaza)

Nº

Bloque

Escalera

Piso

Puerta

C.P.

Municipio

Localidad

Provincia /T.H.

DNI/NIF • NIE • Otro

Teléfono fijo

Teléfono móvil

E-mail

EXPONE que considera reunir los requisitos exigidos para solicitar:

Que su cónyuge o pareja de hecho es:

DNI/NIF • NIE • Otro

En caso de viudedad, fecha de fallecimiento de cónyuge o pareja de hecho:

DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR**Rendimientos de trabajo y Rendimientos de actividades**

Descripción	Importe Anual	Perceptor/a
	€	
	€	
	€	

Pensiones, Subsidios y Prestaciones

Descripción	Importe Anual	Perceptor/a
Pensión Viudedad	€	
Pensión Jubilación	€	
PNC/FBS/LISMI	€	
Otras (Especificar)	€	

DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR**Valores Mobiliarios**

Descripción	Posee	Importe/Saldo	Rendimiento	Titular
Libretas de Ahorro / Ctas. Corrientes		€	€	
Bonos, Deuda Pública, Letras...		€	€	
Fondos de Inversión...		€	€	
Acciones/obligaciones...		€	€	
Otros (especificar)		€	€	

Valores Inmobiliarios (vivienda habitual, casas, fincas urbanas o rústicas, usufructos...)

Tipo	Descripción	V. Catastral	Rendimiento	Titular
		€	€	
		€	€	
		€	€	

☐ Declaro no poseer ningún otro valor inmobiliario en la C.A. de Euskadi ni en otras Comunidades Autónomas de España.

Transmisiones, Donaciones

Descripción	Fecha	Valor	Destinatario/a
		€	
		€	
		€	

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.

Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.