



**RENOVACIÓN DEL CERTIFICADO DE LAS ENTIDADES  
DEL TERCER SECTOR A EFECTOS DEL MANTENIMIENTO  
DE LA PRESTACIÓN DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

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

*Entidad social mediadora del Ingreso Mínimo Vital		*Número de registro de entidad
*Trabajador/a social colegiado/a		*Número colegiado/a
*De conformidad con el artículo 22 de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital, se certifica que la/s causa/s consignadas en el certificado emitido con la siguiente fecha continúa/n vigente/s.		
*Día	*Mes	*Año
*Análisis de la situación de convivencia de las siguientes personas empadronadas (Márquese la que proceda)		
<b>Causas</b> (art. 21.9 y 10 Ley 19/2021)		
<input type="checkbox"/> Empadronamiento en domicilio ficticio <input type="checkbox"/> Domicilio distinto al del empadronamiento <input type="checkbox"/> Prestación de servicio residencial de carácter temporal <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos de parentesco con los que convive según lo previsto en el art.6.1 de la Ley 19/2021 <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos según lo previsto en el art. 6.1 entre todos o parte de los convivientes de la Ley 19/2021 <input type="checkbox"/> Vivir de forma independiente en España (durante al menos 2 años si es menor de 30 años o durante 1 año si es mayor de 30 años y acreditar que forma parte de una unidad de convivencia durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud de forma continuada). <input type="checkbox"/> Encontrarse en riesgo de exclusión social		

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR IMV**

*Primer apellido		*Segundo apellido	*Nombre
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil

**2. DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL**

*Tipo de vía	*Nombre	*Núm.	*Código postal
*Provincia		* Municipio	
*Fecha desde	*Fecha hasta	*Tipo de Vivienda	*Domicilio Ficticio
		<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Otros: .....	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			*Domicilio Colectivo
			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
*Residencia en régimen temporal (solo cabe marcar casilla NO en los supuestos de violencia de género y trata de seres humanos)			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Le informamos que los datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación del ingreso mínimo vital, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "INGRESO MÍNIMO VITAL". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: [consultas.inss-sccc.proteccion-de-datos@seg-social.es](mailto:consultas.inss-sccc.proteccion-de-datos@seg-social.es). Para más información consulte la política de protección de datos en la web: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es).

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 .....

\* Responsable de la Entidad del  
Tercer Sector de Acción Social

\* Trabajador/a Social