



**CERTIFICADO DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR  
DE ACCION SOCIAL A EFECTOS DE SOLICITUD 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
*Fecha de emisión del certificado (Anualmente se actualizarán los datos que procedan y se notificarán al INSS)		
*Día	*Mes	*Año
*Análisis de la situación de convivencia de las siguientes personas empadronadas (Márquese la que proceda)		
<b>Causas (art. 21.9 y 10 Ley 19/2021)</b> <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 indicados en el art. 6.1 de la Ley 19/2021 con las personas con las que convive el solicitante individual o la unidad de convivencia <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) <input type="checkbox"/> Acreditar que la unidad de convivencia está constituida, de forma continuada, durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud <input type="checkbox"/> Encontrarse en riesgo de exclusión social		

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE - IMV**

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

**2. DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL**

*Tipo de vía	*Nombre	*Núm.	*Código postal
*Provincia		* Municipio	

**3. PERSONA EMPADRONADA 1**

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte		*Fecha de nacimiento	
*Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....			
*Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Grado .....
*Parentesco con la persona empadronada 2	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Grado .....

### 3. PERSONA EMPADRONADA 2

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte		*Fecha de nacimiento	
*Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....			
*Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
*Parentesco con la persona solicitante	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Grado .....
*Parentesco con la persona empadronada 1	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Grado .....

### 4. CIRCUNSTANCIAS\* (Acreditar exclusión social, discapacidad, violencia de género, explotación, situación sanitaria, situación social, situación económica, otras)

--

### 5. SITUACIONES DE CONVIVENCIA DE LA UC\* (Acreditar si vive de forma independiente y fecha, si hay pertenencia otra UC y fecha, si existe un empadronamiento diferente al domicilio real y habitual, si viven en el domicilio otros familiares de hasta segundo grado, situación y relaciones entre sí, permanencia y estancia en el domicilio o lugar donde viva)

--

### 6. ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE OTRAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO SIN PERTENENCIA A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA SOLICITANTE DE INGRESO MÍNIMO VITAL (sólo completar cuando se conozcan los datos)

<b>6.1. OTRA PERSONA EMPADRONADA</b> (las restantes personas empadronadas irán en CERTIFICADO COMPLEMENTARIO)			
Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento		
Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....			
Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
*Parentesco con alguna de las personas empadronadas	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Grado .....
<b>6.2. SITUACIÓN FAMILIAR Y RELACIONES DE ESTAS OTRAS PERSONAS CON LA UNIDAD DE CONVIVENCIA O PERSONA SOLICITANTE DEL IMV</b> (existencia de familiares en las diferentes UC, situación y relaciones entre sí, permanencia y estancia en el domicilio o lugar donde habiten todas las personas o UC)			

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-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es](mailto:consultas.inss-sscc.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 .....

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

\* Trabajador/a Social