



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

**RELACIÓN DE LAS PERSONAS RESTANTES EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO  
DEL BENEFICIARIO INDIVIDUAL O DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA**

(\*) 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 cumplimentar por el trabajador social)

|                                                                 |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| *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 núm .....                | *Grado .....                                                         |

**2. PERSONA EMPADRONADA** ..... (A cumplimentar por el trabajador social)

|                                                                 |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| *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 núm .....                | *Grado .....                                                         |

**3. PERSONA EMPADRONADA** ..... (A cumplimentar por el trabajador social)

|                                                                 |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| *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 núm .....                | *Grado .....                                                         |

4. PERSONA EMPADRONADA ..... (A cumplimentar por el trabajador social)

|                                                                 |                                                         |              |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| *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 núm .....                |                                                         | *Grado ..... |

5. PERSONA EMPADRONADA ..... (A cumplimentar por el trabajador social)

|                                                                 |                                                         |              |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| *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 núm .....                |                                                         | *Grado ..... |

6. PERSONA EMPADRONADA ..... (A cumplimentar por el trabajador social)

|                                                                 |                                                         |              |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| *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 núm .....                |                                                         | *Grado ..... |

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

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.

\* Secretario/a del Ayuntamiento  
o Responsable habilitado

\* Trabajador/a Social

..... , a ..... de ..... de 20 .....