



Registro INSS



**CERTIFICADO DOS SERVIZOS SOCIAIS PARA  
OS EFECTOS DA SOLICITUDE DO  
INGRESO MÍNIMO VITAL**

(\* Os campos marcados con \* son obrigatorios)

*Traballador/a social colexiado/a		*Número colexiado
*Responsable SERVIZOS SOCIAIS		
*Data de emisión do certificado (Anualmente actualizaranse os datos que procedan e notificaranse ao INSS)		
*Día	*Mes	*Ano
*Análise da situación de convivencia das seguintes persoas empadroadas (márquese a que proceda)		
<b>Causas (art. 21.9 e 10 Lei 19/2021)</b> <input type="checkbox"/> Empadroamento nun domicilio ficticio <input type="checkbox"/> Domicilio distinto ao do empadroamento <input type="checkbox"/> Prestación de servizo residencial de carácter temporal <input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos de parentesco indicados no art. 6.1 da Lei 19/2021 coas persoas coas que convive o solicitante individual ou a unidade de convivencia <input type="checkbox"/> Vivir de xeito independente en España (durante polo menos 2 anos se é menor de 30 anos ou durante 1 ano se é maior de 30 anos) <input type="checkbox"/> Acreditar que a unidade de convivencia está constituída, de forma continuada, durante polo menos os 6 meses anteriores á presentación da solicitude. <input type="checkbox"/> Encontrarse en risco de exclusión social		

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA PERSOA SOLICITANTE - IMV**

*Primeiro apelido	*Segundo apelido	*Nome
*DNI - NIE - pasaporte	*Data de nacemento	

**2. DATOS DO DOMICILIO ACTUAL**

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

**3. PERSOA EMPADROADA 1**

*Nome e apelidos			
*DNI - NIE - pasaporte		*Data de nacemento	
*Convivencia coa persoa solicitante desde ..... ata .....			
*Convivencia co resto de conviventes desde ..... ata .....			
*Parentesco con persoa solicitante	SÍ <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	*Grado .....
*Parentesco con persoa empadronada 2	SÍ <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	*Grado .....

### 3. PERSOA EMPADRONADA 2

*Nome e apelidos		
*DNI - NIE - pasaporte	*Data de nacemento	
*Convivencia coa persoa solicitante desde .....	ata .....	
*Convivencia co resto de conviventes desde .....	ata .....	
*Parentesco con persoa solicitante	SÍ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	*Grado .....
*Parentesco con persoa empadronada 1	SÍ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	*Grado .....

### 4. CIRCUNSTANCIAS\* (acredítese exclusión social, discapacidade, violencia de xénero, explotación, situación sanitaria, situación social, situación económica, outras)

--

### 5. SITUACIÓN DE CONVIVENCIA DA UC\* (acredítese se vive de forma independente e a data, se hai pertenza a outra UC e a data, se existe un empadramento diferente ao domicilio real e habitual, se viven no domicilio outros familiares de ata segundo grao, situación e relacións entre eles, permanencia e estancia no domicilio ou lugar onde viva)

--

### 6. ANÁLISE DA SITUACIÓN DOUTRAS PERSOAS EMPADROADAS NO DOMICILIO SEN PERTENZA Á UNIDADE DE CONVIVENCIA DO SOLICITANTE DO INGRESO MÍNIMO VITAL (complétese só cando se coñezan os datos)

<b>6.1. OUTRA PERSOA EMPADROADA</b> (as restantes persoas empadroadas irán no CERTIFICADO COMPLEMENTARIO II)		
Nome e apelidos		
DNI - NIE - pasaporte	Data de nacemento	
Convivencia coa persoa solicitante desde .....	ata .....	
Convivencia co resto de conviventes desde .....	ata .....	
*Parentesco con algunha das persoas empadroadas	SÍ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	*Grado .....
<b>6.2. SITUACIÓN FAMILIAR E RELACIÓNS DESTOUTRAS PERSOAS COA UNIDADE DE CONVIVENCIA OU PERSOA SOLICITANTE DO INGRESO MÍNIMO VITAL</b> (existencia de familiares nas diferentes UC, situación e relacións entre si, permanencia e estancia no domicilio ou lugar onde habiten todas as persoas ou UC)		

Informámolo/a de que os datos persoais serán tratados polo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), co fin de xestionar a prestación do ingreso mínimo vital, e serán incorporados na actividade de tratamento "INGRESO MÍNIMO VITAL". Pode exercer os dereitos establecidos nos artigos 15 a 22 do Regulamento (UE) 2016/679, xeral de protección de datos, ante calquera oficina do INSS ou no enderezo electrónico: [consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es](mailto:consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es). Para máis información consulte a política de protección de datos na web: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es).

Os datos persoais teñen carácter reservado e só se utilizarán para os fins encomendados, sen que poidan ser cedidos nin comunicados a terceiros, agás autorización legal.

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

\* Secretario/a do Concello ou responsable habilitado

\* Traballador/a social