

# SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ NO CONTRIBUTIVA

R. D. Legislativo 1/1994, de 20 de junio (BOE 154, de 29 de junio)

(Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones)

## I. DATOS DEL INTERESADO

### 1. Datos personales

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		N.º DNI/NIF	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		NACIONALIDAD/ES		ESTADO CIVIL	
Día	Mes	Año	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO (Calle / Plaza)					N.º	Bloque	Escalera
					Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD			PROVINCIA			TELÉFONO	
¿TIENE SEGURIDAD SOCIAL?		TITULAR		Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL			
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
¿TRABAJA O HA TRABAJADO?		EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LA PROVINCIA Y/O EL PAÍS					
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							

### 2. Datos de la minusvalía o enfermedad crónica

La minusvalía o enfermedad crónica que alega es:	Física	<input type="checkbox"/>	Psíquica	<input type="checkbox"/>	Sensorial	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido reconocido o calificado como minusválido?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Si la respuesta ha sido afirmativa, indique provincia: ..... y año .....						

### 3. Datos de residencia

¿Reside legalmente en la actualidad en España?

Sí  No

¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?

Sí  No

¿De estos cinco años, dos han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa indique :

PERÍODOS	LOCALIDAD	PROVINCIA

### 4. Datos económicos

Tiene ingresos o renta propios: Sí  No

#### 4.1 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	EMPRESA, ORGANISMO O PERSONA

#### 4.2 RENTAS DE CAPITAL

CONCEPTO	VALOR REAL	RENDIMIENTOS EFECTIVOS (anual)

4.3 ¿Tiene solicitada otra prestación en alguna de las Administraciones Públicas? Sí  No

Clase prestación: \_\_\_\_\_

Organismo: \_\_\_\_\_

4.4 ¿Es beneficiario o causante de prestación por hijo a cargo? Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indique:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERCEPTOR	D. N. I.	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE (Marque con una X)			
			INSS	ISFAS	MUFACE	MUGEJU

## II. DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA

¿CONVIVE CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS: Cónyuge, hijos, nietos, padres, abuelos, hermanos y cónyuges de éstos?  
 CONVIVENTES: Sí  NO

NOMBRE	APELLIDOS	N.º DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
<b>RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES</b>		<b>RENTAS DE CAPITAL</b>		
CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	CONCEPTO	VALOR REAL	RENDIMIENTOS EFECTIVOS (anual)

1

NOMBRE	APELLIDOS	N.º DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
<b>RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES</b>		<b>RENTAS DE CAPITAL</b>		
CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	CONCEPTO	VALOR REAL	RENDIMIENTOS EFECTIVOS (anual)

2

NOMBRE	APELLIDOS	N.º DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
<b>RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES</b>		<b>RENTAS DE CAPITAL</b>		
CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	CONCEPTO	VALOR REAL	RENDIMIENTOS EFECTIVOS (anual)

3

NOMBRE	APELLIDOS	N.º DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
<b>RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES</b>		<b>RENTAS DE CAPITAL</b>		
CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	CONCEPTO	VALOR REAL	RENDIMIENTOS EFECTIVOS (anual)

4

NOMBRE	APELLIDOS	N.º DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
<b>RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES</b>		<b>RENTAS DE CAPITAL</b>		
CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	CONCEPTO	VALOR REAL	RENDIMIENTOS EFECTIVOS (anual)

5

### III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	N.º DNI/NIF
DOMICILIO (Calle / Plaza)		N.º Bloque Escalera Piso Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA		TELÉFONO
RELACIÓN CON EL INTERESADO	REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>		GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>

### IV. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA PENSIÓN

BANCO O CAJA DE AHORROS	AGENCIA N.º
DOMICILIO (Calle / Plaza)	N.º
LOCALIDAD	PROVINCIA
CÓDIGO CUENTA CLIENTE N.º	
TITULAR DE LA CUENTA	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)	

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

Quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Cántabro de Servicios Sociales cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En ....., a ..... de ..... de 201 .....

Fdo.: .....

LA FALSEDAD EN DOCUMENTO PÚBLICO, ASÍ  
COMO LA OBTENCIÓN FRAUDULENTE DE  
PRESTACIONES, PUEDE SER CONSTITUTIVA  
DE DELITO.

#### OBSERVACIÓN

Recuerde que si, después de haber presentado esta solicitud, se produce alguna variación de su situación personal (cambio de residencia, variación de estado civil), económica (realización de trabajos, percepción de otras pensiones, etc.), así como de las personas con las que usted convive, deberá comunicarlo al Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DEL ICASS

## **SOLICITUD DE PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA**

### **DOCUMENTACIÓN A APORTAR**

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD, CON EL DNI ORIGINAL PARA COMPROBAR.
- CERTIFICADO DE RESIDENCIA, CONVIVENCIA Y EMPADRONAMIENTO (Ayuntamiento).
- FOTOCOPIA DEL NÚMERO DE CUENTA O LIBRETA DE AHORROS.
- EN TODOS LOS CASOS: FOTOCOPIA COMPLETA DE LA ÚLTIMA DECLARACIÓN DE LA RENTA O CERTIFICACIÓN DE HACIENDA DE NO PRESENTARLA (del solicitante y cónyuge).
- FOTOCOPIA DE LA ÚLTIMA NÓMINA (de los miembros de la unidad familiar que trabajen).
- CERTIFICADO DE LA PENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL, MUFACE, MUGEJU O ISFAS (de los miembros de unidad familiar que sean pensionistas).
- CERTIFICADO DEL INEM, ESPECIFICANDO CUANTÍA Y PERÍODO CONCEDIDOS DE SUBSIDIO POR DESEMPLEO O AYUDA FAMILIAR, de los miembros de la unidad familiar que se encuentren en esta circunstancia.
- EN CASO DE SEPARACIÓN O DIVORCIO: FOTOCOPIA DE LA SENTENCIA.
- CERTIFICACIÓN DEL INEM DE NO PERCIBIR PRESTACIÓN POR DESEMPLEO.

### **EN CASO DE SOLICITUD POR INVALIDEZ**

- FOTOCOPIA DE LA CALIFICACIÓN DE MINUSVALÍA, O CERTIFICADO DE MINUSVALÍA.
- FOTOCOPIAS DE LOS INFORMES MÉDICOS.