



**CERTIFICADO DE LOS SERVICIOS SOCIALES  
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL  
INGRESO MÍNIMO VITAL**  
(\* Los campos marcados con \* son obligatorios)

*Trabajador/a Social colegiado	*Número colegiado
*Responsable SERVICIOS SOCIALES	
*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</b> (art. 19.9 y 19.10 Real Decreto-Ley 20/2020) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Empadronamiento en domicilio ficticio</li> <li><input type="checkbox"/> Domicilio distinto al del empadronamiento</li> <li><input type="checkbox"/> Prestación de servicio residencial de carácter temporal</li> <li><input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos de parentesco con los que convive según lo previsto en el art.6.1 del RDL 20/2020</li> <li><input type="checkbox"/> Inexistencia de vínculos según lo previsto en el art. 6.1 entre todos o parte de los convivientes del RDL 20/2020</li> <li><input type="checkbox"/> Vivir de forma independiente en España (durante al menos 3 años si es menor de 30 años ó durante 1 año si es mayor de 30 años y acreditar que forma parte de una unidad de convivencia durante al menos el año anterior a la presentación de la solicitud).</li> <li><input type="checkbox"/> Encontrarse en riesgo de exclusión social</li> </ul>	

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE - 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"/>

**3. PERSONA EMPADRONADA 1**

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....		*Grado .....	
*Residencia legal desde ..... hasta .....		*Parentesco con la persona empadronada 2 SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Percibe Renta Mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		*Grado .....	

**3. PERSONA EMPADRONADA 2** (las restantes personas empadronadas irán en ANEXO I)

*Nombre y apellidos			
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil
*Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		*Parentesco con la persona solicitante SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....		*Grado .....	
*Residencia legal desde ..... hasta .....		*Parentesco con la persona empadronada 1 SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Percibe Renta Mínima de inserción 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 ANEXO II)			
Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....		Grado .....	
Residencia legal desde ..... hasta .....			
Percibe Renta Mínima de inserción SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<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)			

Los datos reflejados en este certificado serán tratados por el INSS a través de ficheros informáticos (PROSA) con la finalidad principal de resolver la solicitud presentada por el/la ciudadano/a y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

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 .....

\* Secretario/a del Ayuntamiento  
ó Responsable habilitado

\* Trabajador/a Social