

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO MUNICIPAL DE DEMANDANTES DE VIVIENDA PROTEGIDA

REGISTRO MUNICIPAL AYUNTAMIENTO DE ARAHAL (SEVILLA).

1. DATOS DEL/LOS SOLICITANTE/S

TITULAR 1

Nombre *:							
Apellido 1 *:							
Apellido 2 *:							
Fecha de Nacimiento *:				Sexo *:			
DNI/NIE *:							
Nacionalidad *:							
Municipio en el que se encuentra empadronado:							
Dirección *:							
Tipo vía:	Nombre vía:			Nº:	Escalera:	Piso:	Puerta:
Código Postal *:			Localidad *:		Provincia *:		
Teléfono:			Teléfono Móvil:		e-mail:		
Datos de empadronamiento: (A rellenar por la Administración)							

TITULAR 2

Nombre *:							
Apellido 1 *:							
Apellido 2 *:							
Fecha de Nacimiento *:				Sexo *:			
DNI/NIE *:							
Nacionalidad *:							
Municipio en el que se encuentra empadronado:							
Dirección *:							
Tipo vía:	Nombre vía:			Nº:	Escalera:	Piso:	Puerta:
Código Postal *:			Localidad *:		Provincia *:		
Teléfono:			Teléfono Móvil:		e-mail:		
Datos de empadronamiento: (A rellenar por la Administración)							

2. OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR O DE CONVIVENCIA

	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Fecha Nacimiento	DNI/NIE	Nacionalidad	Sexo
1º
2º
3º
4º
5º
6º
7º
Datos de empadronamiento: (A rellenar por la Administración)							

3. DATOS ECONÓMICOS			
	Ingresos económicos (1)	Tipo de Declaración IRPF (2)	Año de ingresos
Titulares	1º		
	2º		
Otros miembros:	1º		
	2º		
	3º		
	4º		
	5º		
	6º		
	7º		

Suma de los ingresos económicos, por todos los conceptos, de los miembros de la unidad familiar o de convivencia durante el año.....es de..... Euros.

(Nº veces IPREM) (A rellenar por la Administración)

- (1) Si presenta declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas, hará constar la cuantía de la parte general y especial de la renta, reguladas en los artículos 48 y 49 del Texto Refundido del Impuesto sobre la Renta de las personas físicas aprobado por Decreto Legislativo 35/2006, de 28 de noviembre. Si no se presenta declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas, se harán constar los ingresos brutos percibidos.
- (2) Hará constar si la Declaración del IRPF es conjunta, individual o no presenta declaración

4. GRUPOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN													
Marque la casilla que corresponda para cada miembro de la unidad familiar o de convivencia en caso de pertenecer a alguno de los grupos de especial protección (1):													
	Grupo de especial protección:												
	JO MA FN FM VV VT RU EM DE DIS RIE CA V Y M P G P I P DIS RIE CA S												
Titulares	1º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros miembros:	1º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (3) Se indican a continuación los grupos de especial protección:
- JOV** Jóvenes, menores de 35 años
- MAY** Mayores, personas que hayan cumplido los 65 años
- FNM** Familias numerosas, de acuerdo con la Ley 40/2003, de 18 de noviembre
- FMP** Familias monoparentales con hijos a su cargo
- VVG** Víctimas de violencia de género, auto o resolución judicial
- VT** Víctimas del terrorismo, certificado Dirección general de Apoyo a Víctimas del Terrorismo
- RUP** Personas procedentes de situaciones de rupturas de unidades familiares
- EMI** Emigrantes retornados
- DEP** Personas en situación de dependencia, de acuerdo en el Decreto 168/2007, de 12 de junio
- DIS** Personas con discapacidad, de acuerdo con el artículo 1.2 de la ley 51/2003, de 2 de diciembre

RIE Situación o riesgo de exclusión social

5. DATOS
QUE SE
ADJUNTAN:

6. VIVIENDA A LA QUE OPTA
Régimen de acceso*: <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Alquiler con opción a compra
Nº de dormitorios de la vivienda a que opta:
Necesidad de vivienda adaptada por:
<input type="checkbox"/> Tener algún miembro de la unidad familiar movilidad reducida
<input type="checkbox"/> Ser algún miembro de la unidad familiar usuario de silla de ruedas

7. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE VIVIENDA
<p>Marque la casilla que corresponda para justificar la necesidad de vivienda protegida:</p> <input type="checkbox"/> Vivienda en situación de ruina <input type="checkbox"/> Pendiente de desahucio <input type="checkbox"/> Alojamiento con otros familiares <input type="checkbox"/> Vivienda inadecuada por superficie <input type="checkbox"/> Renta de alquiler elevada en relación al nivel de ingresos <input type="checkbox"/> Necesidad de vivienda adaptada <input type="checkbox"/> Precariedad <input type="checkbox"/> Formación de una nueva unidad familiar <input type="checkbox"/> Otros (indicar):

8. DECLARACIÓN RESPONSABLE *
<p>Ninguno de los miembros de esta solicitud es titular en pleno dominio de una vivienda protegida o libre, ni está en posesión de la misma en virtud de un derecho real de goce o disfrute vitalicio, en otro caso justifica su necesidad de vivienda.....</p> <p>Notificaré cuando se produzca alguna modificación en los datos presentados de cualquiera de los miembros de la unidad familiar.</p> <p>Conozco, acepto y cumplo el resto de los requisitos exigidos.</p> <p>He presentado solicitud de inscripción en otros municipios (indicar cuales), teniendo carácter de preferencia:.....</p>

9. AUTORIZO
<p>A que la Administración pública competente pueda solicitar la información que fuera legalmente pertinente, en el marco de la colaboración con la Agencia Estatal de Administración Tributaria o con otras administraciones públicas competentes.</p> <p>A recibir comunicaciones mediante: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> SMS al teléfono móvil</p>

10. LUGAR, FECHA Y FIRMA
En.....a.....de.....de.....
Firmado

* Campos obligatorios