

 SEGURIDAD SOCIAL

**SOLICITUD DE COMPLEMENTO PARA TITULARES DE PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA QUE RESIDAN EN UNA VIVIENDA ALQUILADA**

# DATOS PERSONALES DEL PENSIONISTA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMER APELLIDO** | | **SEGUNDO APELLIDO** | | | **NOMBRE** | | | | **Núm. DNI/NIE** | |
| **DOMICILIO (Calle/Plaza) Nº Bloque Escalera Piso Puerta** | | | | | | | | | **CÓDIGO POSTAL** | |
|  | | |  |  | |  |  |  |
| **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** | | | **CORREO ELECTRÓNICO** | | | | | | **TELÉFONO** |

1. **NOTIFICACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una “X” el medio por el que desea recibir las notificaciones**  **Deseo ser notificado electrónicamente mediante comparecencia en la sede electrónica y/o a través Dirección Electrónica Habilitada (DEH) accesible en** | | | | | | | | |
| **Deseo ser notificado en papel** | | | | | | | | |
| **DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**  **(cumplimentar solo si es distinto al indicado en el apartado** | | | | | | | | |
| **DOMICILIO (Calle/Plaza) I) Nº Bloque Escalera Piso Puerta** | | | | | | | | **CÓDIGO POSTAL** |
|  | |  | |  |  |  |  |
| **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** | | | | | | | |
| **Indique el medio en el que desea recibir aviso de la puesta a disposición de las notificaciones en la sede electrónica** | | | | | | | | |
| **CORREO ELECTRONICO** | | | **DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº móvil….)** | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III. DATOS SOBRE EL DOMICILIO DEL PENSIONISTA** |  | | |
| **¿La vivienda que usted ha señalado como domicilio en el apartado anterior es alquilada?** | **Sí** |  | **No** |
| **¿Desde qué fecha tiene fijada su residencia habitual en dicha vivienda? Indique la fecha:** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **¿Es usted propietario de otra vivienda?** | **Sí** |  | **No** |
| **Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos sobre la ubicación de esa vivienda:** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ubicación de la otra vivienda (Calle/Plaza) Nº Bloque Escalera Piso Puerta** | | | | | | **CÓDIGO POSTAL Y LOCALIDAD** |
|  |  |  |  |  |  |

1. **DATOS SOBRE EL CONTRATO DE ALQUILER**

¿Es usted titular del contrato de alquiler?

Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos: Fecha de formalización del contrato de alquiler

Fecha de vencimiento del contrato de alquiler

Sí No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿Existen otros titulares en el contrato de alquiler? Sí No

Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos sobre los otros titulares

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Núm. DNI/NIE** | **Nombre y apellidos** | **¿Tiene reconocida una pensión no contributiva? (indique Sí o No)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# DATOS SOBRE EL ARRENDADOR DE LA VIVIENDA ALQUILADA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS/RAZÓN** | | | | **NOMBRE** | | | | | **Núm. DNI/NIE/CIF** |
| **DOMICILIO (Calle/Plaza) Nº Bloque Escalera Piso Puerta** | | | | | | | | | **CÓDIGO POSTAL** |
|  | |  |  | |  |  | |  |
| **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** | | | | | | **TELÉFONO** | | |

¿Tiene usted alguna relación de parentesco con el arrendador de la vivienda alquilada? Sí No Si la respuesta es afirmativa marque con una X cuál es la relación de parentesco:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Padre/Madre** | **Hijo/a** | **Abuelo/a** | **Nieto/a** | **Hermano/a** | **Tío/a** | **Cónyuge** |
| **Suegro/a** | **Yerno/Nuera** | **Bisabuelo/a** | **Biznieto/a** | **Cuñado/a** | **Sobrino/a** | **Pareja de hecho** |

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

Quedo enterado/a de la obligación de comunicar cualquier variación que pudiera producirse en los datos declarados en esta solicitud.

## En , de de 20

**Fdo.:**

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD**

* 1. Copia del documento que acredite la representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta al pensionista no contributivo
  2. Copia del contrato de arrendamiento, en su defecto cualquier otro medio de prueba válido en derecho (recibos, facturas, etc…) en el que obligatoriamente debe figurar la localización de la vivienda.

**INFORMACIÓN**

Los datos personales que figuran en esta solicitud serán tratados por el Departamento competente en materia de servicios sociales del Gobierno de Navarra.

El Departamento competente en materia de servicios sociales del Gobierno de Navarra, es el organismo responsable del tratamiento de los datos, que es necesario para determinar el derecho a percibir la pensión solicitada y que se fundamenta en la habilitación legal que le atribuye la competencia en la gestión de las pensiones de invalidez de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva (artículo 6.1.c) Reglamento (UE) 2016/679 y artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

En cualquier momento, de conformidad con lo establecido en los artículos 13 a 18 de la citada Ley Orgánica 3/2018, usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición sobre los datos tratados al Departamento competente en materia de servicios sociales del Gobierno de Navarra, mediante carta dirigida a C/ González Tablas Nº 7, C.P:31005 Pamplona.

De acuerdo con el artículo 40 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de tres meses contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en el Departamento competente en materia de servicios sociales del Gobierno de Navarra.. Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación del silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa, de acuerdo con lo establecido artículo 129 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.

**EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN**