

DATOS DEL PENSIONISTA:

NOMBRE:
DOMICILIO:
LOCALIDAD:
NIF:

**PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DECLARACIÓN INDIVIDUAL DEL PENSIONISTA. AÑO 2024.**

DI

DIR3:A11030105

Nº EXP:

*Si ha cambiado de domicilio, corríjalo:

--

DATOS DE LA ADMINISTRACIÓN RELATIVOS A LA COMPOSICION E INGRESOS DE LA UNIDAD ECONOMICA DE CONVIVENCIA

UNIDAD ECONOMICA DE CONVIVENCIA	INGRESOS 2023	INGRESOS 2024

¿CONFIRMA USTED LOS DATOS SUMINISTRADOS POR LA ADMINISTRACIÓN?

SÍ

NO

SI MARCA LA CASILLA 'NO', DEBERÁ USTED CUMPLIMENTAR EL DORSO DE ESTE DOCUMENTO.

En _____ a _____ de _____ de 2024

Fdo: _ _____ .

(* En el caso de firmar con la huella dactilar, ésta deberá estar diligenciada por funcionario público (la fe de vida y estado no sustituye a la diligencia de huella. LA FIRMA O HUELLA DACTILAR DILIGENCIADA ES OBLIGATORIA)

(* La presente aceptación no exime de la comprobación, en cualquier momento, por parte de la Administración, del cumplimiento de los requisitos y circunstancias determinantes de la conservación del derecho a la pensión o su cuantía, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 del R.D. 357/1991, de 15 de marzo (BOE nº 69 de 21 de marzo de 1991).

CUMPLIMENTAR UNICAMENTE EN CASO DE NO ACEPTAR LOS DATOS COMUNICADOS POR LA ADMINISTRACION. (CUALQUIER VARIACIÓN DEBERÁ ACREDITARSE DOCUMENTALMENTE.

DATOS ECONOMICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR *

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	RELACION CON EL PENSIONISTA	CONCEPTO	CUANTIA ANUAL 2023	CUANTIA ANUAL 2024
pensionista					

* INCLUIR A TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR TENGAN O NO INGRESOS

FIRMAR SOLO EN CASO DE OPOSICIÓN A CONSULTAR LOS DATOS DE OFICIO

Conforme a lo establecido en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, "Los interesados no estarán obligados a aportar documentos que hayan sido elaborados por cualquier Administración, con independencia de que la presentación de los citados documentos tenga carácter preceptivo o facultativo en el procedimiento de que se trate, siempre que el interesado haya expresado su consentimiento a que sean consultados o recabados dichos documentos. Se presumirá que la consulta u obtención es autorizada por los interesados salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa o la ley especial aplicable requiera consentimiento expreso.

En ausencia de oposición del interesado, las Administraciones Públicas deberán recabar los documentos electrónicamente a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto."

Unidad económica de convivencia

NOMBRE Y APELLIDOS

NIF
(incluir letra)

FIRMA

MANIFIESTO QUE QUEDO ENTERADO DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR INMEDIATAMENTE (PLAZO 30 DÍAS) A LA CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES CUALQUIER VARIACIÓN (convivencia, estado civil, residencia, recursos económicos propios o ajenos computables por razón de convivencia y cuantas puedan tener incidencia en la conservación o cuantía de la pensión) EN LOS DATOS DECLARADOS QUE PUEDA PRODUCIRSE EN LO SUCESIVO. SI NO CUMPLIERA LOS REQUISITOS Y CONTINUARA PERCIBIENDO LA P.N.C. ESTARÉ OBLIGADO A DEVOLVER LAS CANTIDADES COBRADAS INDEBIDAMENTE, sin perjuicio de las demás responsabilidades en las que hubiera podido incurrir.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE SON CIERTOS LOS DATOS DECLARADOS

En _____ a _____ de _____ de 2024

Fdo: _____.

(*) En el caso de firmar con la huella dactilar, ésta deberá estar diligenciada por funcionario público (la fe de vida y estado no sustituye a la diligencia de huella. LA FIRMA O HUELLA DACTILAR DILIGENCIADA ES OBLIGATORIA)

SRA SECRETARIA GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES, INCLUSIÓN, INFANCIA Y FAMILIA.
C/ ANTONIO RODRIGUEZ MOÑINO Nº 2 .2ªPLANTA, MÉRIDA (BADAJOZ) CP 06800 - DIR3A11030105