

DECLARACIÓN ANUAL DE LAS PRESTACIONES

Artículo 13 de la Orden Ministerial de 13 de marzo de 1984 por la que se establecen las normas de aplicación de las prestaciones sociales y económicas reguladas por el Decreto 383/1984, de 1 de febrero

(*) Campos obligatorios

DATOS DE LA PERSONA DISCAPACITADA BENEFICIARIA

Prestación que percibe **Garantía de Ingresos Mínimos, Ayuda de Tercera Persona y Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte.**
(Táchese los que no procedan).

DNI/NIE *				Nombre *			
Primer apellido *				Segundo apellido			
Tipo de vía *				Nombre vía *			
Nº *	Bloque		Escalera	Piso		Puerta	
Municipio *				Provincia *			
Código postal *							
Teléfono fijo				Teléfono móvil			
Correo electrónico				Fax			

DATOS ECONÓMICOS

1. Persona beneficiaria:

¿Realiza algún trabajo?

Sí No En caso afirmativo indique el número de afiliación

¿Está atendido en régimen de internado en algún Centro?

Sí No En caso afirmativo indique el nombre del Centro

¿Tiene ingresos o rentas propias ?

Sí No En caso afirmativo cumplimente los siguientes datos:

Concepto (Salario, rentas, pensión, bienes)	Importe Mensual	Importe Anual	Número de pagas	Procedencia (Empresa, organismo o persona que lo abona)

¿Es beneficiario o causante de la Asignación Familiar por Hijo a Cargo discapacitado?

Si No

En caso afirmativo cumplimente los siguientes datos:

Nombre y apellido	DNI	Cuantía mensual	Entidad que la reconoce (Marque con una X)			
			INSS	ISFAS	MUFACE	MUGEJU

¿Es beneficiario de otra pensión?

Si No

En caso afirmativo cumplimente los siguientes datos:

Tipo de pensión	Cuantía Mensual	Entidad que la abona

¿Tiene solicitada otra prestación?

Si No

En caso afirmativo cumplimente los siguientes datos:

Tipo de prestación / ayuda	Organismo al que la ha solicitado

2. Familiares: Cónyuge, padre, madre, hijos y hermanos con los que convive (Los datos indicados en este apartado se tendrá en cuenta a efectos de determinar el porcentaje del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples aplicable si tiene familiares a su cargo y los recursos computables si es beneficiario del Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte).

Nombre y Apellidos	Parentesco	D.N.I.	Ingresos Anuales	Concepto (Salario, rentas, pensión, bienes)	Procedencia (Empresa, organismo o persona que lo abona)

D/Dª

como Titular , Representante legal de

Declaro

Bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos indicados en el presente documento, autorizando a que se efectúen consultas en ficheros públicos para acreditarlos.

Por último manifiesto que quedo enterado de la obligación de comunicar a la **Dirección General de Derechos Sociales e Inmigración** cualquier variación en los datos declarados que pueda producirse en lo sucesivo, en el plazo establecido de 15 días.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA DECLARACIÓN

1.	Deberá presentar esta declaración y acreditar la vivencia del beneficiario en el plazo de 15 días desde que usted reciba la notificación de cualquiera de las oficinas o centros de Servicios Sociales de la provincia.
2.	Datos económicos:
	No debe declarar los ingresos derivados de las prestaciones LISMI reconocidas.
	Concepto: Se refiere tanto a rentas de trabajo (salario, pensiones, prestaciones) o de capital (intereses, alquileres, dividendos).
	En importe/ingresos anuales y mensuales, deberá declarar la suma total de cada concepto. Si posee bienes muebles o inmuebles indicará los rendimientos efectivos, o en su defecto el valor real si se trata de bienes muebles o el valor catastral si son inmuebles. Junto al importe debe indicar si es rendimiento efectivo o valor real.
	Procedencia: deberá indicar la empresa, Organismo o persona que los abone.

RECUERDE QUE:

1.	Sigue obligado a comunicar cualquier variación de circunstancias económicas de convivencia y residencia en el plazo de 15 días desde la fecha en que se produzcan.
2.	Si no comunicara estas variaciones en el plazo indicado y estas dieran lugar a la modificación de cuantía de la prestación o a su extinción, estará obligado a devolver las cantidades improcedentemente percibidas, sin perjuicio de las demás responsabilidades a que hubiere lugar.

En* a*

.....
Firma del beneficiario o su representante legal

Destinatario	SR./A TITULAR DIRECCIÓN GENERAL DE DERECHOS SOCIALES E INMIGRACIÓN
---------------------	---

Comunicación al beneficiario o representante legal

El tratamiento de los datos de carácter personal aquí recogidos se ceñirá a lo estipulado por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley. Podrán cederse a los demás organismos públicos que directa o indirectamente intervengan en la tramitación del procedimiento, además de las cesiones previstas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Consejería competente de la Administración de la Comunidad Autónoma, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley.

Asimismo, AUTORIZO al órgano gestor para efectuar las consultas necesarias a otras administraciones públicas de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2. b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

Para más información

Paseo Tomás Morales, nº 122, bajo
Centro Socio Sanitario Nuestra Señora de El Pino
35004 Las Palmas de Gran Canaria

C/ Carlos J. R. Hamilton, nº 14
Edf. Mabell, 38071
Santa Cruz de Tenerife



Teléfono de Información del Gobierno de Canarias 012