



Excmo. Ayuntamiento de Arahal

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	Nacionalida d	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 V	MA Y	FN M	FM P	VV G	VT	RU P	EM I	DE 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



Excmo. Ayuntamiento de Arahal

- 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.	DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

6.	VIVIENDA A LA QUE OPTA
<p>Régimen de acceso*: <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Alquiler con opción a compra</p> <p>Nº de dormitorios de la vivienda a que opta:</p> <p>Necesidad de vivienda adaptada por: <input type="checkbox"/> tener algún miembro de la unidad familiar movilidad reducida</p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Ser algún miembro de la unidad familiar usuario de silla de ruedas</p>	

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

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>.....</p> <p>.....</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)</p> <p>....., 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>	



Excmo. Ayuntamiento de Arahal

10. LUGAR, FECHA Y FIRMA

En.....a.....de.....de.....

Firmado

.....

* Campos obligatorios