



Declaración responsable de inscripción en el Registro Público de Demandantes de Viviendas

- Alta
 Modificación
 Renovación

Datos **solicitante A:**

DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____
Sexo: M H Estado Civil: _____ País nacimiento _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: _____ % Discapacidad: _____ Grado dependencia: Ø I II III Necesita silla ruedas: SI NO
Situación laboral: Cuenta ajena Cuenta propia Desempleo Empleado/a de Hogar Jubilado/a Otra: _____
Ingresos no contributivos:
 Pensión No Contributiva Renta Social Garantizada Dependencia Renta Mínima Inserción Ingreso Mínimo Vital
 Gran Invalidez Incapacidad Permanente Absoluta Viudedad Otros: _____
Empadronamiento: (a partir de 1 de mayo de 1996)
Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____ Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____
Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____ Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____
Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____ Municipio _____ Alta: _____

Datos **solicitante B:** relación con el solicitante A

DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____
Sexo: M H Estado Civil: _____ País nacimiento _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: _____ % Discapacidad: _____ Grado dependencia: Ø I II III Necesita silla ruedas: SI NO
Situación laboral: Cuenta ajena Cuenta propia Desempleo Empleado/a de Hogar Jubilado/a Otra: _____
Ingresos no contributivos:
 Pensión No Contributiva Renta Social Garantizada Dependencia Renta Mínima Inserción Ingreso Mínimo Vital
 Gran Invalidez Incapacidad Permanente Absoluta Viudedad Otros: _____
Empadronamiento: (a partir de 1 de mayo de 1996)
Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____ Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____
Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____ Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____
Municipio _____ Alta: _____ Baja: _____ Municipio _____ Alta: _____

Desea participar en procedimientos de adjudicación del IBAVI: SI NO

Autoriza a ceder sus datos a promotores y entidades privadas relacionadas con Viviendas de Protección Pública SI NO

Deseo optar a una vivienda de: Alquiler Compra Alquiler opción compra Cesión de uso Otros Indistinto
Preferentemente en los municipios:

Municipio: _____ Municipio: _____ Municipio: _____

Circunstancias personales:

- Familia monoparental
 Familia numerosa
 Víctima de violencia de género
 Otros. *Indique cual:*

En caso de posesión de vivienda en propiedad, indique situación actual:

- Vivienda con barreras arquitectónicas
 Pérdida del uso de la vivienda por sentencia
 Declaración de ruina
 No cumple criterios de habitabilidad
 Otros. *Indique cual:*



Otros miembros de la unidad de convivencia

A

DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____
Sexo: M H Estado Civil: _____ País nacimiento: _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: _____ % Discapacidad: _____ Grado dependencia: Ø I II III Necesita silla ruedas: SI NO
Municipio empadronamiento actual: _____ fecha de alta: _____ Relación con el solicitante A: _____
Ingresos no contributivos:
 Pensión No Contributiva Renta Social Garantizada Dependencia Renta Mínima Inserción Ingreso Mínimo Vital
 Gran Invalidez Incapacidad Permanente Absoluta Viudedad Otros: _____

B

DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____
Sexo: M H Estado Civil: _____ País nacimiento: _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: _____ % Discapacidad: _____ Grado dependencia: Ø I II III Necesita silla ruedas: SI NO
Municipio empadronamiento actual: _____ fecha de alta: _____ Relación con el solicitante A: _____
Ingresos no contributivos:
 Pensión No Contributiva Renta Social Garantizada Dependencia Renta Mínima Inserción Ingreso Mínimo Vital
 Gran Invalidez Incapacidad Permanente Absoluta Viudedad Otros: _____

C

DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____
Sexo: M H Estado Civil: _____ País nacimiento: _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: _____ % Discapacidad: _____ Grado dependencia: Ø I II III Necesita silla ruedas: SI NO
Municipio empadronamiento actual: _____ fecha de alta: _____ Relación con el solicitante A: _____
Ingresos no contributivos:
 Pensión No Contributiva Renta Social Garantizada Dependencia Renta Mínima Inserción Ingreso Mínimo Vital
 Gran Invalidez Incapacidad Permanente Absoluta Viudedad Otros: _____

Datos de contacto a efectos de notificación:

Idioma de notificación: Catalán Castellano

Solicitante A Solicitante B Miembro A Miembro B Miembro C Otra persona (por favor, indique nombre y aporte DNI):
Nombre: _____ DNI: _____ Relación con el solicitante A: _____
Dirección: _____ Núm: _____ Bloq: _____ Esc: _____ Piso: _____ Pta: _____
Municipio: _____ Código Postal: _____ Isla: _____ Provincia: _____
 Deseo recibir todas las notificaciones que emita IBAVI en mi carpeta ciudadana.
Email: _____ Móvil: _____
Teléfono alternativo: _____

Los abajo firmantes designamos como representante en todos los procedimientos relativos a esta declaración responsable a quien figura como solicitante A, quien acepta esta representación.

La presentación de la declaración responsable de inscripción implicará que todas las personas de la unidad familiar o unidad de convivencia incluidas en la solicitud autorizan expresamente a la Conselleria de Mobilitat i Habitatge y al Institut Balear de l'Habitatge para obtener de otras administraciones la información de carácter registral, catastral, tributario, económico, laboral, patrimonial y cualquier otro que sea pertinente para comprobar que cumple con los requisitos de inscripción, así como por contrastar los datos declarados en la solicitud de inscripción y a las comunicaciones de modificación o actualización de datos.

Declaro bajo mi responsabilidad

1. Que todos los datos que figuran en la solicitud son ciertos y que aporte todos los documentos requeridos y que todos son correctos.
2. Que ninguna de las personas inscritas en la solicitud es propietaria de ninguna vivienda, salvo las excepciones previstas anteriormente.
3. Que en caso de resultar adjudicatario de una vivienda la destinaré a domicilio habitual y permanente
4. Que comunicaré cualquier variación de los datos facilitados

Firma **(DEBEN FIRMAR TODOS LOS COMPONENTES MAYORES DE EDAD):**

Solicitante A

Solicitante B

Miembro A

Miembro B

Miembro C

[Firma Solicitante A]

[Firma Solicitante B]

[Firma Miembro A]

[Firma Miembro B]

[Firma Miembro C]

Localidad: _____ Fecha: _____ de _____ de 20 _____

Esta inscripción tiene una duración de dos años transcurridos los cuales, si no se realiza ninguna modificación o renovación, se producirá la baja automática de la inscripción.

De acuerdo con lo que dispone el artículo 5 de Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa que los datos que figuran en esta solicitud se incorporarán en el Registro público de demandantes de viviendas protegidas de les Illes Balears y que se utilizarán con la finalidad de facilitar la gestión y el control en la adjudicación de vivienda protegidas. Podéis ejercer vuestro derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito dirigido a la Dirección General de Vivienda.



Datos de referencia del solicitante A:

DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____

Otros miembros de la unidad de convivencia

D DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____
Sexo: M H Estado Civil: _____ País nacimiento _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: _____ % Discapacidad: _____ Grado dependencia: Ø I II III Necesita silla ruedas: SI NO
Municipio empadronamiento actual: _____ fecha de alta: _____ Relación con el solicitante A: _____
Ingresos no contributivos:
 Pensión No Contributiva Renta Social Garantizada Dependencia Renta Mínima Inserción Ingreso Mínimo Vital
 Gran Invalidez Incapacidad Permanente Absoluta Viudedad Otros: _____

E DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____
Sexo: M H Estado Civil: _____ País nacimiento _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: _____ % Discapacidad: _____ Grado dependencia: Ø I II III Necesita silla ruedas: SI NO
Municipio empadronamiento actual: _____ fecha de alta: _____ Relación con el solicitante A: _____
Ingresos no contributivos:
 Pensión No Contributiva Renta Social Garantizada Dependencia Renta Mínima Inserción Ingreso Mínimo Vital
 Gran Invalidez Incapacidad Permanente Absoluta Viudedad Otros: _____

F DNI/NIE: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____
Sexo: M H Estado Civil: _____ País nacimiento _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: _____ % Discapacidad: _____ Grado dependencia: Ø I II III Necesita silla ruedas: SI NO
Municipio empadronamiento actual: _____ fecha de alta: _____ Relación con el solicitante A: _____
Ingresos no contributivos:
 Pensión No Contributiva Renta Social Garantizada Dependencia Renta Mínima Inserción Ingreso Mínimo Vital
 Gran Invalidez Incapacidad Permanente Absoluta Viudedad Otros: _____

Los abajo firmantes designamos como representante en todos los procedimientos relativos a esta declaración a quien figura como solicitante A, quien acepta esta representación.

La presentación de la declaración responsable de inscripción implicará que todas las personas de la unidad familiar o unidad de convivencia incluidas en la solicitud autorizan expresamente a la Conselleria de Mobilitat i Habitatge y al Institut Balear de l'Habitatge para obtener de otras administraciones la información de carácter registral, catastral, tributario, económico, laboral, patrimonial y cualquier otro que sea pertinente para comprobar que cumple con los requisitos de inscripción, así como por contrastar los datos declarados en la solicitud de inscripción y a las comunicaciones de modificación o actualización de datos.

Declaro bajo mi responsabilidad

1. Que todos los datos que figuran en la solicitud son ciertos y que aporte todos los documentos requeridos y que todos son correctos.
2. Que ninguna de las personas inscritas en la solicitud es propietaria de ninguna vivienda, salvo las excepciones previstas anteriormente.
3. Que en caso de resultar adjudicatario de una vivienda la destinaré a domicilio habitual y permanente
4. Que comunicaré cualquier variación de los datos facilitados

Firma (DEBEN FIRMAR TODOS LOS COMPONENTES MAYORES DE EDAD):

Solicitante A	Miembro D	Miembro E	Miembro F

Localidad: _____ Fecha: ____ de _____ de 20____

Esta inscripción tiene una **duración de dos años** transcurridos los cuales, si no se realiza ninguna modificación o renovación, se producirá la baja automática de la inscripción.

De acuerdo con lo que dispone el artículo 5 de Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa que los datos que figuran en esta solicitud se incorporarán en el Registro público de demandantes de viviendas protegidas de les Illes Balears y que se utilizarán con la finalidad de facilitar la gestión y el control en la adjudicación de vivienda protegidas. Podéis ejercer vuestro derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito dirigido a la Dirección General de Vivienda.