



DESTÍ: DIRECCIÓ GENERAL D'AFERS SOCIALS

DESTINO: DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES

DIR3 A04043883

Codi/Código SIA 2 6 8 0 9 4 9

**SOL·LICITUD DE COMPLEMENT DE RENDES DE LES ILLES BALEARS A LES PENSIONS NO CONTRIBUTIVES**  
**SOLICITUD DE COMPLEMENTO DE RENTAS DE LAS ISLAS BALEARES A LAS PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS**

1. Dades personals

Dades del sol·licitant Datos del solicitante

							<b>EXPEDIENT PNC:</b> <b>EXPEDIENTE PNC:</b>	
DNI/NIE DNI/NIE	Nom Nombre		Primer llinatge Primer apellido		Segon llinatge Segundo apellido			
Data de naixement Fecha de nacimiento	Nacionalitat Nacionalidad				Sexe Sexo <input type="checkbox"/> Dona Mujer <input type="checkbox"/> Home Hombre			
Adreça (via pública) Dirección (via pública)			Número Número	Bloc Bloque	Escala Escalera	Pis Piso	Porta Puerta	
Codi postal Código postal	Municipi Municipio		Illa Isla		Idioma Idioma			
Telèfon(s) Teléfono(s)				Adreça electrònica Correo electrónico				

1.1 Dades del representant Datos del representante

Emplenar només si escau. Rellenar solo si procede.

<input type="checkbox"/> Persona física Persona física	Nom i llinatges Nombre y apellidos		DNI/NIE/passaport DNI/NIE/pasaporte	
<input type="checkbox"/> Persona jurídica Persona jurídica	Nom de l'entitat Nombre de la entidad		CIF CIF	
	Representada per (nom i llinatges) Representada por (nombre y apellidos)		DNI/NIE/passaport DNI/NIE/pasaporte	
Telèfon(s) Teléfono(s)			Adreça electrònica Correo electrónico	

1.2 Adreça a efectes de notificació Dirección a efectos de notificación

<input type="checkbox"/> La mateixa inicial La misma inicial	Adreça (via pública) Dirección (via pública)		Número Número	Bloc Bloque	Escala Escalera	Pis Piso	Porta Puerta
Codi postal Código postal	Municipi Municipio		Illa Isla		Idioma Idioma		

2. Dades bancàries

A l'efecte de l'ingrés derivat d'aquesta sol·licitud, com a sol·licitant de la prestació de complement de rendes de les Illes Balears a les pensions no contributives, s'adjunta la declaració de la veracitat de dades bancàries en què consta la titularitat del compte bancari, el mateix on es percep la pensió no contributiva.

A los efectos del ingreso derivado de la presente solicitud, como solicitante de la prestación de complemento de rentas de las Illes Balears a las pensiones no contributivas, se adjunta la declaración de veracidad de datos bancarios en la que consta la titularidad de la cuenta bancaria, la misma donde se percibe la pensión no contributiva.

[www.caib.es/seucaib](http://www.caib.es/seucaib) <https://dgsersoc.caib.es>

Carrer de l'Uruguai s/n, 07010 Palma  
Velòdrom Illes Balears,  
Tel.: 971 177 000

C/ d'Abad i Lasierra,47  
07800 Eivissa  
Tel.: 971 177 142

Av. de Vives Llull, 42  
07703 Maó  
Tel.: 971 176 031

C/ Andreu Pont 4, local 2  
07500 Manacor  
Tel.: 971 177 663

Av. Ramón Llull 73  
07300 inca  
Tel.: 971 177 899



### 3. Autorització per a la consulta i comprovació de dades

**Declar estar informat/informada que, d'acord amb el capítol II, del Decret Llei 10/2020, de 12 de juny, de Prestacions Socials de caràcter econòmic de les Illes Balears, amb la signatura d'aquesta sol·licitud, AUTORITZ la Conselleria de Famílies i Afers Socials perquè pugui, de manera directa, consultar dades i sol·licitar certificacions a altres administracions i organismes públics, necessàries per a la gestió del complement de rendes de les Illes Balears a les pensions no contributives que se sol·licita.**

*Declaro estar informado/informada que, de acuerdo con el capítulo II, del Decreto Ley 10/2020, de 12 de junio, de Prestaciones Sociales de carácter económico de las Islas Baleares, con la firma de esta solicitud, AUTORIZO a la Consejería de Familias y Asuntos Sociales para que pueda, de manera directa, consultar datos y solicitar certificaciones a otras administraciones y organismos públicos, necesarias para la gestión del complemento de rentas de las Islas Baleares a las pensiones no contributivas que se solicita.*

**En cas de no voler autoritzar la Conselleria de Famílies i Afers Socials per accedir a les dades indicades anteriorment, marqueu la casella següent:**

*En caso de no querer autorizar a la Consejería de Familias y Asuntos Sociales para acceder a los datos indicados anteriormente, marcad la casilla siguiente*

**NO AUTORITZ**  
**NO AUTORIZO**

### 4. Sol·licitud i declaració

#### 4.1. Sol·licit que es tramiti aquesta sol·licitud de prestació de complement de rendes de les Illes Balears a les pensions no contributives

*Solicito que se tramite esta solicitud de prestación de complemento de rentas de las Illes Balear a las pensiones no contributivas.*

#### 4.2 Declar, sota la meva responsabilitat:

*Declaro, bajo mi responsabilidad:*

**Que les dades reflectides en aquesta sol·licitud són certes i, que estic informat/informada de l'obligació de comunicar a la Conselleria de Famílies i Afers Socials, en el termini màxim de 10 dies, qualsevol variació en les dades declarades.**

*Que los datos reflejados en esta solicitud son ciertos y, que estoy informado/informada de la obligación de comunicar a la Consejería de Familias y Asuntos Sociales, en el plazo máximo de 10 días, cualquier variación en los datos declarados.*

#### 4.3 Informació sobre protecció de dades personals.

En compliment d'allò establert en el Reglament (UE) 2016/679 i l'article 8 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la Conselleria de Famílies i Afers Socials (en endavant, la Conselleria) us informa que les dades de caràcter personal que ens proporcioneu mitjançant aquesta sol·licitud seran recollides en un fitxer del qual n'és responsable la Conselleria, amb la finalitat d'incorporar-les al sistema de gestió del complement de rendes de les Illes Balears a les pensions no contributives. El fet de no emplenar o emplenar de manera parcial aquesta sol·licitud pot suposar que la Conselleria no la pugui tramitar. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició al tractament de les seves dades personals, en els termes prevists en la pròpia LOPD, dirigint un escrit a la Conselleria, carrer de l'Uruguais/n, 07010 de Palma, Velòdrom Illes Balears. Així mateix, se us indica que en cas de facilitar dades de caràcter personal de terceres persones, heu de tenir el seu consentiment per fer-ho i us comprometeu a traslladar-los la informació d'aquesta clàusula.

*En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, la Consejería de Familias y Asuntos Sociales (en adelante, la Conselleria) le informa que los datos de carácter personal que nos proporcione mediante esta solicitud serán recogidos en un fichero del cual es responsable la Conselleria, con el fin de incorporarlos al sistema de gestión de complemento de rentas de las Islas Baleares a las pensiones no contributivas. El hecho de no rellenar o rellenar parcialmente esta solicitud puede suponer que la Conselleria no la pueda tramitar. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales, en los términos previstos en la propia LOPD, dirigiendo un escrito a la Conselleria, calle Uruguay s/n, 07010 de Palma, Velódromo Illes Balears. Así mismo, se le indica que en caso de facilitar datos de carácter personal de terceras personas, usted tiene que contar con su consentimiento para hacerlo y se compromete a trasladarles la información de esta cláusula.*

**He llegit i accept les condicions**

*He leído y acepto las condiciones*

Palma, \_\_\_ d' \_\_\_ de 20\_\_.

Signatura sol·licitant *Firma s olicitante*

Nom i llinatges: *Nombre y apellidos:*