



MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL DE MIGRACIONES

sello de entrada

PRESTACIÓN ECONÓMICA A CIUDADANOS DE ORIGEN ESPAÑOL DESPLAZADOS POR MOTIVO DE LA GUERRA CIVIL

Ley 3/2005, de 18 de marzo (BOE de 21 de marzo)

RESIDENTES EN EL EXTERIOR

Fe de vida y declaración anual de ingresos para el AÑO _____
(Ingresos imputados relativos al año en curso)

Los ingresos que deben figurar en esta declaración, corresponderán al año inmediatamente anterior al que se refiere la declaración.

Ha cambiado su obra social sí no Ha cambiado su número de teléfono sí no
 Ha cambiado su domicilio sí no Ha cambiado su número de teléfono móvil sí no
 Ha variado sus datos bancarios sí no Ha cambiado su dirección de correo electrónico sí no

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
Nº de Inscripción Consular en el Registro de Matrícula		Demarcación u Oficina Consular		Fecha nacimiento	
Calle/plaza				Estado Civil	
Código Postal	Localidad	Provincia/Estado		País	
Teléfono		Teléfono móvil		Correo Electrónico	
ASISTENCIA SANITARIA					
¿Es perceptor de un sistema de Asistencia Sanitaria distinta del establecido por la DGM?			En tal caso, indique el nombre del organismo que le presta Asistencia Sanitaria en su país de residencia.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso de no tener cobertura de Asistencia Sanitaria y de serle reconocido el derecho a esta Prestación, ¿solicita su inclusión en el convenio de asistencia Sanitaria establecido por la DGM?					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

2.- DECLARACIÓN DE INGRESOS DEL SOLICITANTE (DEBERÁN SER CUMPLIMENTADOS POR EL ÓRGANO INSTRUCTOR TODOS LOS CAMPOS).

Rendimientos netos de trabajo o actividades profesionales o empresariales	Rendimientos brutos de capital mobiliario o inmobiliario	Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo)	Pensiones (importe anual y moneda local)	Otros ingresos
			Importe: País:	
			Importe: País:	
			Importe: País:	
Total:	Total:	Total:	Total:	Total:

3. DATOS PARA EL ABONO DE LA PRESTACIÓN

Directo en ventanilla

Cheque nominativo

Transferencia bancaria **Imprescindible aportar certificación bancaria con todos los códigos vigentes en el país.**

A cumplimentar sólo en caso de que el titular de la cuenta no coincida con el beneficiario

¿Coincide el titular de la cuenta con el solicitante?

Sí No

A cumplimentar sólo en caso de que el nombre del titular de la cuenta no coincida con el nombre del solicitante

Nombre del titular de la cuenta:

4. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, se le INFORMA de que sus datos personales pasarán a formar parte del tratamiento cuyas características se exponen a continuación:

El responsable del tratamiento es el titular de la Subdirección General de la Ciudadanía Española en el Exterior y Retorno del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, cuya dirección electrónica es sgemigracion@mitramiss.es. El correo de contacto del delegado de protección de datos es dpd@mitramiss.es.

Los fines que se persiguen con el tratamiento es la comprobación del cumplimiento de los requisitos necesarios para la instrucción de la solicitud de prestación económica a los ciudadanos de origen español desplazados al extranjero, durante su minoría de edad, como consecuencia de la Guerra Civil, y que desarrollaron la mayor parte de su vida fuera del territorio nacional regulada por la Ley 3/2005 de 18 de marzo.

Los datos no se cederán a terceros, salvo en los casos en que exista una obligación legal

Los datos se conservarán durante el tiempo imprescindible para tramitar la su solicitud, de acuerdo con la legislación administrativa respecto a la prescripción.

Tiene derecho a acceder, rectificar o suprimir sus datos así como a retirar su consentimiento en cualquier momento. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, www.aepd.es.

QUEDO enterado/a de la obligación de comunicar a la Consejería, Oficina de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social u órgano instructor, en el plazo máximo de **treinta días** cualquier variación que se produzca en mi situación de convivencia, estado civil, residencia, recursos económicos, propios o ajenos computables y cuantos otros puedan tener incidencia en la conservación o cuantía de la prestación.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (Todas las fotocopias deben ser compulsadas con el original)

- Recibos o justificantes de rendimientos derivados de trabajo, actividades profesionales o empresariales.
- Justificantes de rendimientos derivados de capital mobiliario y/o inmobiliario.
- Documentación acreditativa de las ganancias patrimoniales.
- Recibos de pensiones u otras prestaciones.
- Justificación o declaración responsable de cualquier otro tipo de ingresos.

NOTA IMPORTANTE

- **RECUERDE** que, si la presente solicitud resultase concedida, con carácter anual, deberá presentar, en el plazo establecido en su país de residencia, y siempre antes del 30 de noviembre, la correspondiente fe de vida y declaración de ingresos para mantener su derecho a esta prestación.
- La Dirección General de Migraciones podrá comprobar en todo momento si concurren en el solicitante las circunstancias que acrediten el derecho a la prestación económica, a su conservación y a la cuantía reconocida. De apreciarse que el interesado viene percibiendo la prestación indebidamente o en una cuantía superior a la correspondiente, la Dirección General Migraciones procederá a la suspensión cautelar del pago de la misma, a revisar el acto de reconocimiento y a declarar, en su caso, la obligación de reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, o a la aplicación de los correspondientes descuentos en pagos futuros hasta regularizar la situación.

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

A cumplimentar cuando el beneficiario reside en el extranjero, por la Consejería, Oficina de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social u Oficina Consular del país de residencia del mismo.

El/la abajo firmante CERTIFICA que el/la solicitante vive en el día de la fecha

1-Ingresos anuales del /de la solicitante

Moneda local

Vº Bº EL/LA FUNCIONARIO/A AUTORIZADO DE LA OFICINA DONDE SE PRESENTA ESTA SOLICITUD (Fechar y sellar)

Fdo.:

SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE MIGRACIONES