

## **DATOS DEL / LA SOLICITANTE**

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	Teléfono
Sexo		Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil
Mujer	Hombre	Año	Mes	Día			

## **IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA**

Domicilio actual: calle o plaza	nº	Bis	Bloque	Escalera	Piso	Mano
Código postal	Localidad	Territorio Histórico (Provincia)	Nº Ref. Catastro	Se entiende por incluidas las zonas comunes		

**ASUNTOS (marque con una “X” lo que proceda)**

**Hechos que afecten a la unidad de convivencia (UC) o persona beneficiaria individual (PBI):**

- Modificación de la UC: incorporación y/o abandono de la UC.
  - Ingreso en residencia, prisión, centro sanitario o centro de desintoxicación.
  - Fallecimiento (Para personas perceptoras de IMV: si el fallecimiento es la persona titular de la prestación, habría que solicitar de nuevo la prestación con otro titular).
  - Concesión de grado de discapacidad ≥ 65%.

#### **Hechos que afecten a los recursos (marcar lo que proceda):**



<p><i>Comunicación actividad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inicio</li> <li><input type="checkbox"/> Cese</li> <li><input type="checkbox"/> Modificación</li> </ul>	<p><i>Documentación que se adjunta:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Contrato</li> <li><input type="checkbox"/> Cese / Finiquito</li> <li><input type="checkbox"/> Nóminas</li> <li><input type="checkbox"/> Documentación Autónomos</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> <i>Estimación de ingresos</i> (en ausencia de document. acreditativa)</p> <p>Importe estimado ingresos al mes</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px;"></div>
---	--	---

## Otros hechos:

- Comunicación de modificación de la cuenta bancaria IBAN: ES \_\_\_\_\_

Comunicación de cambio de domicilio (cumplimentar con el **antiguo domicilio** en la tabla que sigue en caso de variación).

Domicilio: calle o plaza	nº	Bis	Bloque	Escalera	Piso	Mano
Código postal	Localidad		Territorio Histórico (Provincia)			

- Cambio en teléfono y/o móvil .....

Otro tipo de variación: Indique cual, y, en su caso, presente el documento acreditativo

**COMUNICACIÓN DE HECHOS DE LA PERSONA  
PERCEPTORA DE PRESTACIONES**

Rev. 05

Fecha entrada en vigor: 08/07/2022

Pág. 2 de 2

**Observaciones**

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA**

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

**Fecha y firma.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable del Tratamiento</b>	Lanbide - Servicio Vasco de Empleo: <a href="mailto:soporelopd@lanbide.eus">soporelopd@lanbide.eus</a> Delegada de protección de datos: <a href="mailto:dpd-dbo@euskadi.eus">dpd-dbo@euskadi.eus</a>
<b>Finalidad</b>	Gestión y tramitación de prestaciones.
<b>Legitimación</b>	Cumplimiento de una obligación legal.
<b>Destinatarios de cesiones</b>	INSS, Ayuntamientos, SEPE, Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Diputaciones Forales, Policía, Juzgados.
<b>Derechos</b>	A acceder, rectificar y suprimir los datos así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en el Anexo I de la solicitud o en el apartado de protección de datos de nuestra web <a href="http://www.lanbide.euskadi.eus">www.lanbide.euskadi.eus</a> .