



ANEXO IV



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

IMAGEN CORPORATIVA ENTIDAD LOCAL

FECHA DE ENTRADA

SOLICITUD AYUDAS PARA SUMINISTROS MÍNIMOS VITALES

1. Datos personales del solicitante

Nombre y apellidos	D.N.I./N.I.E.	
Domicilio	Estado civil	Teléfono
Localidad	C.P./Provincia	
Domicilio a efectos de notificaciones (rellenar en caso de no coincidir con el domicilio de residencia)		C.P./Localidad/Provincia

2. Datos de la Unidad de convivencia

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento	Relación/Parentesco	D.N.I./N.I.E.

3. Concepto/s e importe/s de la solicitud de ayuda para suministros mínimos vitales

- Energía eléctrica
 Agua potable
 Gas natural
 Gas butano
- Alta/reconexión por impago:
- Energía eléctrica
 Agua potable
 Gas natural

IMPORTE TOTAL SOLICITADO:..... euros



4. Ingresos de la unidad de convivencia

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE	INGRESOS/RENTAS	IMPORTE

5. Documentación que se acompaña a la solicitud

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

CONSIENTO la recabación de mis datos mediante la consulta a los ficheros públicos que fueran necesarios, así como la transmisión de mis datos para la tramitación de la solicitud de ayuda para suministros mínimos vitales y el pago de la ayuda a las entidades suministradoras, de conformidad con el Decreto 202/2016, de 14 de diciembre, sin perjuicio del ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, y/u oposición, de conformidad con lo dispuesto en la normativa en materia de protección de datos de carácter personal.

ACEPTO la ayuda que pueda ser concedida y todas las obligaciones que de ello se deriven.

Ena.....de.....de 201.....

Firma del/la solicitante

6. Consentimiento de los miembros de la unidad de convivencia

Mediante mi firma **CONSIENTO** la recabación de mis datos mediante la consulta a los ficheros públicos que fueran necesarios, así como la transmisión de mis datos para la tramitación de la solicitud de ayuda para suministros mínimos vitales y el pago de la ayuda a las entidades suministradoras, de conformidad con el Decreto 202/2016, de 14 de diciembre, sin perjuicio del ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, y/u oposición, de conformidad con lo dispuesto en la normativa en materia de protección de datos de carácter personal.

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE	FIRMA

PROTECCIÓN DE DATOS: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento o cualquier otro que se requiera en la tramitación de esta solicitud van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar el tratamiento confidencial de los mismos. La cesión de datos se hará de forma y con las limitaciones y derechos previstos en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante el Ayuntamiento de _____, sito en C/ Avda. _____, nº _____ de _____ C.P. _____

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE _____