|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código Guía de Servicios: 7362PD** | | | | | | | | | | |
| **SOLICITUD DE PRESTACIONES DEVENGADAS Y NO PERCIBIDAS. FALLECIDOS PNC/LISMI/FAS** | | | | | | | | | | |
| **Datos de la persona causante.** | | | | | | | | | | |
| Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas. | | | | | | | | | | |
| ***DATOS DEL PENSIONISTA.*** | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | |  | Segundo Apellido | | | |  | Nombre | | |
|  | |  |  | | | |  |  | | |
| DNI/NIF/NIE/ |  | | |  | |  | | | |  |
|  |  | | |  | |  | | | |  |
| **Relación de herederos o su representante.** | | | | | | | | | | |
| ***RELACIÓN DE HEREDEROS O DE UNO, EN REPRESENTACIÓN DE LA COMUNIDAD HEREDITARIA.*** | | | | | | | | | | |
| (Herederos Forzosos-viudo/a del causante, en su defecto, ascendientes- o, de no existir, herederos declarados por testamento o acta notarial) | | | | | | | | | | |
| ***Apellidos*** | | | | | ***Nombre*** | | | | ***DNI/NIF/NIE/*** | |
|  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | |
| **Datos a efecto de notificaciones.** | | | | | | | | | | |
| ***DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.*** | | | | | | | | | | |
| (Herederos Forzosos-viudo/a del causante, en su defecto, ascendientes- o, de no existir, herederos declarados por testamento o acta notarial) | | | | | | | | | | |
| En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S. | | | | | | | | | | |
| Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado. | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo Vía** |  | **Vía** | | | | |  | **Número** | |  | **KM.** |  | **Bloque** | | | |  | **Portal** |  | **Esc.** | |  | **Planta** |  | **Puerta** |
|  |  |  | | | | |  |  | |  |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **Provincia** | | |  | **Municipio** | | | | |  | **Localidad** | | | | | | | | | | |  | **Código Postal** | | | |
|  | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | | |
| **Notificaciones Electrónicas.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS. (Solo podrá acceder la persona dependiente o su representante debidamente acreditado.)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.  🞏 Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:  **https://sede.carm.es / \*apartado consultas \* notificaciones electrónicas o directamente en la URL** [**https://sede.carm.es/vernotificaciones**](https://sede.carm.es/vernotificaciones)**.**  Asimismo autorizo al **I**ma**S**, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:  🞏 a través de un correo electrónico a la dirección de correo:   |  | | --- | |  |   🞏 a través de un SMS en mi teléfono:   |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfonos.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***TELEFONOS DE CONTACTO:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono Fijo 1 | | | | |  | Teléfono Móvil | | | | | | | | |  | Teléfono Otro | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |
| **Declaración y firma de la Solicitud** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITO,** que, las prestaciones reconocidas por resolución firme del órgano competente en materia de dependencia y no satisfechas por la Administración Regional, se abonen, en beneficio de los herederos del causante, para lo que aporto la documentación relacionada al dorso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD**: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR** al órgano competente en materia de Pensiones No Contributivas y/o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mí domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, nivel de ingresos, etc. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará, por medios electrónicos, los siguientes documentos, excepto que expresamente se oponga a la consulta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datos de Identidad, defunción, matrimonio, nacimiento, Copia simple de poderes notariales. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***[\*] Me OPONGO\* a la consulta***  ***Firmar en este recuadro el HEREDEROS O REPRESENTANTE sólo si se opone a la consulta*** | | | | | ***[\*] Me OPONGO\* a la consulta (voluntario)***  ***Firmar en este recuadro el HEREDERO 2 sólo si se opone a la consulta*** | | | | | | | | | ***[\*] Me OPONGO\* a la consulta (voluntario)***  ***Firmar en este recuadro el HEREDERO 3 sólo si se opone a la consulta*** | | | | | | | | | | | |
| ***[\*] Me OPONGO\* a la consulta (voluntario)***  ***Firmar en este recuadro el HEREDERO 4 sólo si se opone a la consulta*** | | | | | ***[\*] Me OPONGO\* a la consulta (voluntario)***  ***Firmar en este recuadro el HEREDERO 5 sólo si se opone a la consulta*** | | | | | | | | | ***[\*] Me OPONGO\* a la consulta (voluntario)***  ***Firmar en este recuadro el HEREDERO 6 sólo si se opone a la consulta*** | | | | | | | | | | | |
| Así mismo, autorizo la cesión de datos de carácter personal de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, o a otras Administraciones o Entes públicos, para el ejercicio de sus competencias.  (\*) En el caso de OPOSICIÓN a que el Órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SI HUBIESE MÁS HEREDEROS SE ACOMPAÑARÁ CLÁUSULA FIRMADA POR CADA UNO DE ELLOS o EL REPRESENTANTE.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En Murcia a……..de…………………………..de………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma de la Solicitud por los Herederos o del Representante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En mi condición de Heredero-Representante  Tachar lo que no proceda  Fdo.:  DNI/NIF/NIE: | | | | | ***(voluntario)***  Fdo.:  DNI/NIF/NIE: | | | | | | | | | ***(voluntario)***  Fdo.:  DNI/NIF/NIE: | | | | | | | | | | | |
| ***(voluntario)***  Fdo.:  DNI/NIF/NIE: | | | | | ***(voluntario)***  Fdo.:  DNI/NIF/NIE: | | | | | | | | | ***(voluntario)***  Fdo.:  DNI/NIF/NIE: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIRECTOR/A GENERAL DE PENSIONES, VALORACION Y PROGRAMAS DE INCLUSION.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Responsable del tratamiento de datos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)**  **GEAS-IMAS@listas.carm.es** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Delegado de Protección de Datos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A  dpd.imas@carm.es | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Finalidad del tratamiento de datos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reconocimiento a las comunidades hereditarias de prestaciones causadas y no percibidas por dependientes fallecidos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Legitimación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos Artículo 9.2 h). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Destinatarios de cesiones de datos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, previa autorización de la cesión por el interesado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Derechos del interesado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Procedencia de los datos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de la plataforma de interoperabilidad de la CARM con otras Administraciones Públicas y del Servicio Murciano de Salud en el caso de datos de salud. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Información adicional** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, defunción, matrimonio, nacimiento, Copia simple de poderes notariales.  Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL:  **http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMETOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Certificado /Acta de Defunción del Causante. **(No obligatorio, fallecidos en España)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Certificado del Registro General de Actos de Últimas Voluntades; Testamento, o en caso de Viudo/a, hijos, descendientes o, a falta de esto, ascendiente del fallecido, Certificado del Registro Civil o Libro de familia, donde quede acreditada la condición de heredero forzoso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. En caso de no existir parentesco, testamento o acreditación de la condición de herederos mediante Acta Notarial. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Certificado bancario en el que figure el número de Código IBAN de todos los miembros de la comunidad hereditaria como titulares o, solo del representante. **En este último caso, el abono se entenderá realizado en favor de toda la Comunidad hereditaria.**   O bien, fotocopia de la Libreta de Ahorro en la que consten los mismos datos señalados más arriba. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Sólo si se actúa por representación, documento acreditativo de la representación otorgada por algún/os miembro/o de la comunidad hereditaria a favor del solicitante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |