Región de Murcia
Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social

IMAS instituto murciano de acción social

Código Guía de Servicios: 7362TA

SOLICITUD DE TRASLADO A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA, O RECONOCIMIENTO DE OTRA PENSIÓN DEL TITULAR DE PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA.

Datos de la persona solicitante.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo	Teléfono	Estado civil
		H ☐ M ☐		

DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si está ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta

Provincia	Municipio	Localidad	Código postal

REPRESENTANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Teléfono
		H ☐ M ☐		

Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años ☐ Como representante voluntario ☐

Como representante de un incapacitado judicial ☐ Como Guardador de Hecho ☐

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

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	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta

Provincia	Municipio	Localidad	Código postal

Notificaciones electrónicas.

☐ 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.

Asimismo autorizo al ImaS, 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:

_____

Solicito:

☐ **TRASLADO EXPEDIENTE A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA**

APORTA EMPADRONAMIENTO: SI ☐ NO ☐

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO: _____

☐ **RECONOCIMIENTO DE OTRA PENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

TIPO DE PENSIÓN	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA ABONA	FECHA DE EFECTOS

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS	
"Responsable" (del tratamiento)	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)	Gestión y tramitación de los expedientes relativos al procedimiento de ejercicio de derechos en materia de protección de datos de los artículos 15 a 21 del RGPD.
"Legitimación" (del tratamiento)	Por Ley. En razón de la gestión y tramitación de sus competencias asignadas.
"Destinatarios" (de cesiones o transferencias)	A los obligados por Ley y a los convenios suscritos a tal efecto.
"Derechos" (de la persona interesada)	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos. Podrá ejercerlo mediante el formulario del procedimiento 2736.
"Información adicional"	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
Oposición a la consulta de sus datos	Podrá oponerse a la consulta electrónica de sus datos por interoperabilidad en la gestión de su expediente debidamente motivada mediante oposición expresa en el procedimiento ____, formulario especifico

Declaración y firma de la solicitud.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Murciano de Acción Social cualquier variación que pudiera producirse, a partir de la fecha de presentación de esta solicitud, respecto a mi situación personal (cambio de residencia, variación de estado civil), económica (realización de trabajos, percepción de otras pensiones, rentas de capital) y familiar (variación de las personas con las que convivo)..".

En _____ a ___ del mes _____ del año _____.

Fdo:_____.

IMAS. Instituto Murciano de Acción Social

Sr. Director General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión.-
Ronda de Levante, 16. 30008-Murcia

Instrucciones para cumplimentar la solicitud.

- Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.
- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.

Documentos a APORTAR junto a esta Solicitud.

- Copia del documento que acredite la representación cuando la solicitud se suscriba por persona distinta al beneficiario pensionista no contributivo.
- Todos aquellos documentos que considere necesarios.