



MINISTERIO  
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL  
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DE  
MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL DE  
MIGRACIONES

Sello de entrada

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RAZÓN DE NECESIDAD

Real Decreto 8/2008, de 11 de enero.  
(BOE 24 enero 2008)

Señalar lo que proceda

ANCIANIDAD

INCAPACIDAD

ANTES DE CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD, LEA ESTAS INSTRUCCIONES

- ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS
- PRESENTE CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, CON ELLO FACILITARÁ LA TRAMITACIÓN DE SU SOLICITUD.

### 1. Datos personales y de residencia del solicitante

Se consignarán todos los datos personales y del domicilio del solicitante con la máxima claridad. Se deberá comunicar cualquier cambio de domicilio. En caso de residir en un centro asistencial, y si se desea que una parte de la prestación se abone directamente al centro para sufragar los gastos de estancia, se deberá cumplimentar el correspondiente impreso para autorizar dicho el abono.

### 2. Datos económicos del solicitante

Se deberá consignar el valor del patrimonio mobiliario e inmobiliario, así como si percibe rentas u otros ingresos propios (pensiones, salarios, intereses bancarios). Los ingresos serán netos, en cómputo anual y expresados en la moneda del país de residencia. Se deberá declarar la procedencia de las rentas o ingresos.

- a. En el supuesto de disponer de bienes muebles y/o inmuebles (excluida la vivienda habitual) se consignará su **valor patrimonial** (en el caso de bienes inmuebles el valor a consignar será el que figure en el recibo del impuesto que los grave o, en su defecto, el de la escritura del contrato de compraventa; en el caso de bienes muebles se computará el valor de las acciones, depósitos o fondos bancarios) y sus rendimientos netos efectivos: (intereses, dividendos, alquileres, etc.)
- b. Se declararán las rentas de trabajo por cuenta propia o ajena, así como las pensiones o prestaciones periódicas abonadas por régimen público o privado de previsión social, indicando la procedencia de los mismos.
- c. Otros ingresos o rentas de cualquier naturaleza.
- d. Se aportará declaración, cuando proceda, sobre si han donado bienes en los cinco años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, así como su valor en términos económicos.

### 3. Datos de la unidad económica familiar.

Estos datos se deberán cumplimentar necesariamente siempre que el interesado conviva con otras personas, sean o no beneficiarias de alguna prestación por razón de necesidad, unidas con él por matrimonio o por lazos de parentesco por consanguinidad, o adopción hasta el segundo grado inclusive (Exclusivamente: cónyuge, *pareja de hecho*\*, padres, hijos, abuelos, hermanos y nietos).

Se deberá indicar si alguno de los convivientes es también solicitante o beneficiario de la prestación económica por ancianidad o de la prestación por incapacidad absoluta.

### 4. Datos para el abono de la prestación

En el caso que el abono sea por transferencia bancaria el solicitante deberá ser titular o co-titular de la libreta de ahorro o cuenta corriente de abono.

\* *pareja de hecho sólo en aquellos países en que esté reconocida legalmente*

**1. DATOS PERSONALES Y DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
Número de Inscripción Consular en el Registro de Matrícula			Demarcación u Oficina Consular		
Estado Civil		Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento	
Localidad de nacimiento		Provincia de Nacimiento		País de Nacimiento	
¿Ha nacido en España? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso de <u>no haber nacido</u> en España; ¿Puede acreditar un periodo de residencia en España, ostentando la nacionalidad Española, de 10 años previo a la presentación de la solicitud de la prestación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
N.º Pasaporte		DNI español	DNI país residencia	Número de afiliación a la Seguridad Social española	
Fecha de emigración		País de destino		Fecha de Inscripción Consular	
Calle/plaza					
Localidad		Código Postal	Provincia/Estado		
País			Dirección de correo electrónico		
Teléfono			Teléfono móvil		
Reside en un Centro asistencial      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Pertenece a institutos, comunidades, órdenes y organizaciones que, por sus reglas o estatutos estén obligados a prestarles asistencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Nombre del Instituto, Comunidad, Orden u Organización a la que pertenece:		
<b>ASISTENCIA SANITARIA</b>					
<b>Obra Social del País de Residencia</b>					
¿Es perceptor de un sistema de Asistencia Sanitaria distinta del establecido por la DGM? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/>		En tal caso, indique el nombre del organismo que le presta Asistencia Sanitaria en su país de residencia.			
En caso de no tener cobertura de Asistencia Sanitaria y de ser reconocido el derecho a prestación económica por razón de necesidad ¿solicita su inclusión en el convenio de asistencia Sanitaria establecido por la DGM? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>2. DATOS PARA EL ABONO DE LA PRESTACIÓN</b>		Directo en ventanilla <input type="checkbox"/> Cheque nominativo <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/>			

A cumplimentar sólo en caso de abono por transferencia bancaria

Entidad financiera		N.º cuenta corriente/libreta de ahorro			
Domicilio sucursal		Código postal		Localidad	
Provincia/Estado			País		

1 El solicitante deberá ser titular o co-titular de la cuenta corriente o libreta de ahorro

**3.- DATOS ECONÓMICOS DEL SOLICITANTE** (DEBERÁN SER CUMPLIMENTADOS POR EL ÓRGANO INSTRUCTOR TODOS LOS CAMPOS).

3 A.- BIENES INMUEBLES Y MUEBLES EN PROPIEDAD O USUFRUCTO (AUNQUE NO PRODUZCAN RENDIMIENTO).			
CONCEPTO	3.A.1. VALOR PATRIMONIAL EN <b>MONEDA LOCAL</b> , (EN CASO DE INMUEBLES, SEGÚN IMPUESTO QUE LOS GRAVE)	3.A.2. RENDIMIENTOS EFECTIVOS ANUALES EN <b>MONEDA LOCAL</b>	
<input type="checkbox"/> Inmuebles			
<input type="checkbox"/> Muebles			
	<b>TOTAL 3. A.1</b>	<b>TOTAL 3. A.2</b>	

3.B.- RENTAS DEL PRESENTE AÑO (EN CÓMPUTO ANUAL Y MONEDA LOCAL)	
CONCEPTO	INGRESOS EFECTIVOS ANUALES
PENSIONES DEL PAÍS DE RESIDENCIA	
PENSIONES ESPAÑOLAS	
OTRAS PENSIONES	
RENTAS POR TRABAJO ASALARIADO, AUTÓNOMO O LIBERAL	
<b>TOTAL 3.B</b>	

3.C.- OTROS INGRESOS EN MONEDA LOCAL	
CONCEPTO	INGRESOS EFECTIVOS ANUALES
AYUDAS DE FAMILIARES O DE TERCEROS	
AYUDAS DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS O ENTIDADES LOCALES	
OTROS INGRESOS	
<b>TOTAL 3.C</b>	

3.D- DONACIONES EN MONEDA LOCAL	
¿Ha donado bienes muebles o inmuebles con anterioridad a la solicitud de la prestación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo, señalar el valor fiscal de la donación siempre que hayan sido realizadas en los 5 años anteriores (exceptuada la vivienda habitual) o antes de esos 5 años si se mantiene la reserva de usufructo sobre el bien donado.</i>
<b>TOTAL 3. D</b>	

TOTAL, INGRESOS DEL SOLICITANTE

**A CUMPLIMENTAR POR LA DGM**

**4.- CÓNYUGES / PAREJAS LEGALES DE HECHO**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
Régimen patrimonial del matrimonio Gananciales <input type="checkbox"/> Separación de bienes <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento		Es español Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es emigrante Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Lugar de nacimiento	DNI español	DNI país de residencia		País de nacimiento	
De ser español y/o emigrante, indique					
Número de Inscripción Consular en el Registro de Matrícula		Demarcación u Oficina Consular		Fecha de emigración	
¿Es solicitante de una prestación económica por ancianidad o prestación por incapacidad?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Es beneficiario de una prestación económica por ancianidad o prestación por incapacidad?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Reside con carácter permanente en un Centro Asistencial?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**- DATOS ECONÓMICOS DEL CÓNYUGE O PAREJA LEGAL DE HECHO - NOTA IMPORTANTE: SE CUMPLIMENTARÁN LAS CASILLAS 4.A.1 \* Y 4.D \* SÓLO CUANDO SE TRATE DE SOLICITANTE O BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN.POR RAZÓN DE NECESIDAD Y EXCLUSIVAMENTE EN EL CASO DE MATRIMONIOS CON RÉGIMEN PATRIMONIAL DE GANANCIALES O DE PAREJAS LEGALES DE HECHO CON BIENES COMUNES.**

<b>4.A.- BIENES INMUEBLES Y MUEBLES EN PROPIEDAD O USUFRUCTO (AUNQUE NO PRODUZCAN RENDIMIENTO).</b>					
CONCEPTO	*4 A.1. VALOR PATRIMONIAL EN <b>MONEDA LOCAL</b> , (EN CASO DE INMUEBLES, SEGÚN IMPUESTO QUE LOS GRAVE)		4.A.2. RENDIMIENTOS EFECTIVOS ANUALES EN <b>MONEDA LOCAL</b>		
<input type="checkbox"/> Inmuebles					
<input type="checkbox"/> Muebles					
	<b>TOTAL * 4. A.1</b>		<b>TOTAL 4. A.2</b>		
<b>4.B.- RENTAS DEL PRESENTE AÑO (EN CÓMPUTO ANUAL Y MONEDA LOCAL)</b>					
CONCEPTO			INGRESOS EFECTIVOS ANUALES		
PENSIONES DEL PAÍS DE RESIDENCIA					
PENSIONES ESPAÑOLAS					
OTRAS PENSIONES					
RENTAS POR TRABAJO ASALARIADO, AUTÓNOMO O LIBERAL					
<b>TOTAL 4. B</b>					
<b>4.C.- OTROS INGRESOS EN MONEDA LOCAL</b>					
CONCEPTO			INGRESOS EFECTIVOS ANUALES		
AYUDAS DE FAMILIARES O DE TERCEROS					
AYUDAS DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS O ENTIDADES LOCALES					
OTROS INGRESOS					
<b>TOTAL 4. C</b>					
<b>* 4.D- DONACIONES EN MONEDA LOCAL</b>					
¿Ha donado bienes muebles o inmuebles con anterioridad a la solicitud de la prestación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<i>En caso afirmativo, señalar el valor fiscal de la donación siempre que hayan sido realizadas en los 5 años anteriores (exceptuada la vivienda habitual) o antes de esos 5 años si se mantiene la reserva de usufructo sobre el bien donado.</i>			
		<b>TOTAL 4. D</b>			

TOTAL, INGRESOS DEL CÓNYUGE O PAREJA LEGAL DE HECHO

**A CUMPLIMENTAR POR LA DGM**

**5. Si tiene más de un familiar distinto del cónyuge o pareja legal de hecho, utilice tantas páginas relativas a los datos de los familiares como sea necesario**

Convive con alguna de las siguientes personas, <u>exclusivamente</u> : hijos, nietos, padres, abuelos y hermanos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar el número de estos familiares con los que convive	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	
Parentesco con el solicitante	Fecha de nacimiento del familiar	Es español Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es emigrante Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Lugar de nacimiento	DNI español	DNI país de residencia	País de nacimiento
De ser español y/o emigrante, indique			
Número de Inscripción Consular en el Registro de Matrícula	Demarcación u Oficina Consular	Fecha de emigración	
¿Es solicitante de una prestación económica por ancianidad o prestación por incapacidad?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Es beneficiario de una prestación económica por ancianidad o prestación por incapacidad?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**5.A.- RENTAS DE TRABAJO ASALARIADO, AUTÓNOMO O LIBERAL, PENSIONES O PRESTACIONES (EN CÓMPUTO ANUAL Y EN MONEDA LOCAL DEL PRESENTE AÑO)**

CONCEPTO	INGRESOS EFECTIVOS ANUALES
PENSIONES DEL PAÍS DE RESIDENCIA	
PENSIONES ESPAÑOLAS	
OTRAS PENSIONES	
RENTAS POR TRABAJO ASALARIADO, AUTÓNOMO O LIBERAL	
<b>TOTAL 5. A</b>	

**5.B.- OTROS INGRESOS EN MONEDA LOCAL**

CONCEPTO	INGRESOS EFECTIVOS ANUALES
AYUDAS DE FAMILIARES O DE TERCEROS	
AYUDAS DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS O ENTIDADES LOCALES	
OTROS INGRESOS	
<b>TOTAL 5. B</b>	

TOTAL, INGRESOS DEL FAMILIAR	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
------------------------------	--

**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](mailto:sgemigracion@mitramiss.es). El correo de contacto del delegado de protección de datos es [dpd@mitramiss.es](mailto:dpd@mitramiss.es).

El fin que se persigue con el tratamiento es la comprobación del cumplimiento de los requisitos necesarios para la instrucción de la solicitud de prestación económica por razón de necesidad regulada en el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero.

Los datos no se cederán a terceros salvo para la verificación de los datos de identidad, para eventuales comprobaciones relacionadas con el expediente y en aplicación de los principios de cooperación, colaboración y coordinación entre las administraciones públicas en el desarrollo de sus competencias, salvo que el solicitante manifieste expresamente su oposición.

Los datos se conservarán durante el tiempo imprescindible, de acuerdo con la legislación administrativa. 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](http://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.

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD** que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y anexos y me comprometo a facilitar la información y documentación que me sea requerida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

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

- 1. Pasaporte español vigente, tanto del solicitante como de aquellos familiares españoles que convivan con el mismo, donde conste la inscripción como residente en el Registro de Matrícula Consular o, en su defecto, certificación consular que acredite dicho extremo.
- 2. Certificado literal de nacimiento que acredite la condición de español de origen del solicitante.
- 3. Documento público del país de residencia que acredite, de manera fehaciente, la identidad del solicitante y, en su caso, de los demás miembros de la unidad familiar.
- 4. Libro de familia, si procede, o, en su defecto, Certificado de matrimonio. En caso de separación legal o divorcio, se aportará el correspondiente certificado, la sentencia judicial y, en su defecto, la denuncia por abandono de hogar. En caso de fallecimiento del cónyuge, el certificado de defunción de éste.
- 5. Certificación acreditativa de la convivencia familiar, en su caso.
- 6. En caso de pertenecer a institutos, comunidades, órdenes y organizaciones, religiosas o no, deberán aportar los correspondientes estatutos.
- 7. Documentación acreditativa de ingresos derivados de trabajo y de pensiones de cualquier naturaleza reconocidas por un organismo de pensiones tanto del país de residencia, como de España o de cualquier otro país, del solicitante y de los miembros de su unidad familiar de convivencia.
- 8. Documentación acreditativa de otros ingresos de cualquier naturaleza percibidos por el solicitante y por los miembros de su unidad familiar de convivencia.
- 9. En el caso de poseer bienes muebles y/o inmuebles (**excluida la vivienda habitual**), tanto en España como en el extranjero, documentación acreditativa del valor fiscal / catastral de los mismos mediante el impuesto que los grave o la escritura correspondiente y de sus rendimientos efectivos.
- 10. Documentación acreditativa de las donaciones realizadas con reserva de usufructo en vigor y de las realizadas en los últimos cinco años sin reserva de usufructo. Escrituras de donación e impuesto inmobiliario.
- 11. Si se trata de **españoles de origen no nacidos en España**, documentación que acredite haber residido en España durante 10 años, durante los cuales habrá ostentado la nacionalidad española, hasta la fecha de la solicitud.
- 12. Informe médico, emitido por la entidad designada a los efectos en cada país, acreditativa del grado de incapacidad del solicitante en su caso.

#### NOTA IMPORTANTE

- De acuerdo con el art. 14.3 del Real Decreto 8/2008 regulador de esta prestación, el derecho a la prestación económica por razón de necesidad se extinguirá **DEFINITIVAMENTE** cuando se compruebe fehacientemente que ha existido ocultación de datos o falsedad documental en relación con los requisitos exigidos para el acceso y mantenimiento del derecho a la prestación económica por necesidad.
- **RECUERDE** que, 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.
- En el caso de residir en un Centro de acogida subvencionado por el Estado español, deberá cumplimentar la correspondiente "Autorización del interesado en el supuesto de residencia en un Centro asistencial", que le será facilitado en la Consejería o Sección de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social u Oficina Consular.

**ESPACIO A CUMPLIMENTAR POR EL ÓRGANO INSTRUCTOR DEL EXPEDIENTE**

La Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, Oficina de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social u Oficina Consular, una vez efectuados todos los actos de instrucción del expediente, conforme a lo establecido en el artículo 8 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, CERTIFICA que se han realizado todas las comprobaciones y valoraciones necesarias para la resolución del expediente.

**1.- Bienes muebles e inmuebles o rendimientos del/de la SOLICITANTE**

(Total casilla 3.A.1).....

(Total casilla 3.A.2).....

**2.-Rentas de trabajo asalariado, autónomo o liberal pensiones o prestaciones (en cómputo anual y en moneda local)**

(Total casilla 3.B) .....

**3.- Otros ingresos**

(Total casilla 3.C) .....

**4.- Valor de las donaciones efectuadas por el solicitante en el último año.**

(Total casilla 3.D) .....

**5.- N.º miembros de la unidad familiar, excluido el solicitante**

**6.- Bienes muebles e inmuebles o rendimientos del CÓNYUGE O PAREJA LEGAL DE HECHO, en caso de que sea solicitante o beneficiario de la prestación y tengan régimen patrimonial de gananciales o bienes comunes respectivamente.**

(Total casilla 4.A.1).....

(Total casilla 4.A.2).....

**7.- Total de rentas e ingresos del cónyuge o pareja legal de hecho.**

(Total casilla 4B) .....

(Total casilla 4C) .....

(Total casilla 4D) .....

**OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

**8.- Ingresos anuales en moneda local de los otros miembros de la unidad familiar, excluidos solicitante y cónyuge o pareja legal de hecho, en su caso.**

(Total casillas 5.A y 5.B) .....

**9.- Otras valoraciones determinantes de interés para la resolución del expediente**

**10.- A cumplimentar únicamente en las solicitudes de prestación económica por incapacidad:**

10.1.- Incapacidad Absoluta..... Si  No

10.2.- Revisable ..... Si  No

Periodicidad de la revisión .....

10.3.- Fecha de la última revisión .....

10.4.- Fecha de la próxima revisión .....

El/La Consejero/a de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, Jefe/a de la Oficina de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social o representante de la Oficina Consular (o persona en quien delegue)

Fecha, firma y sello

## DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA ADJUNTAR A LA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RAZÓN DE NECESIDAD (ANCIANIDAD / INCAPACIDAD)

D./Dña. ....,  
con DNI/Pasaporte español n.º ..... residente legalmente en  
.....  
como solicitante de pensión asistencial por ancianidad, al amparo del Real Decreto 8/2008, de  
11 de enero (BOE de 24 de enero), y a efectos de acreditar los requisitos establecidos en el  
artículo 3 Apartados 1d, 1e, y 1f del mencionado Real Decreto.

### DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

- Que ni yo ni los miembros que integran la unidad familiar percibimos ingresos, rentas o pensiones, de cualquier naturaleza diferentes a los ya declarados.
- Que no he donado bienes muebles ni inmuebles, en los cinco años anteriores a la solicitud de pensión asistencial por ancianidad.
- Que ni yo ni los miembros que integran la unidad familiar poseemos bienes o inmuebles, a excepción de la vivienda que habitualmente ocupo.
- Que no conservo el usufructo de ninguna propiedad donada con anterioridad.

Soy consciente de que esta declaración responsable no sustituye, en ningún caso, la necesidad de acreditar los requisitos exigidos a efectos de prestación económica por razón de necesidad mediante la oportuna documentación y las certificaciones emitidas por los organismos competentes.

En ....., a ..... de ..... de 20.....

(Firma del declarante)

### NOTA IMPORTANTE:

Le recordamos que cuando se compruebe fehacientemente que ha existido **ocultación de datos o falsedad documental** en relación con los requisitos exigidos para el acceso y mantenimiento del derecho a la pensión asistencial por ancianidad para españoles de origen, según establece el art. 14.3 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero (BOE 24 de enero), **el derecho quedará extinguido definitivamente.**



ATENCIÓN: SOLO RELLENAR ESTE FORMULARIO SI LA AYUDA SE PIDE POR INCAPACIDAD. NO RELLENAR SI SE PIDE POR ANCIANIDAD.



MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DE MIGRACIONES  
DIRECCIÓN GENERAL DE MIGRACIONES

Sello de entrada
------------------

## PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD ABSOLUTA PARA TODO TIPO DE TRABAJO

De conformidad con lo establecido en el artículo 19 del *REAL DECRETO 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior (BOE del 24 de enero)*, se emite el siguiente:

### INFORME MÉDICO DE VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD

#### 1. DATOS DE LA PERSONA RECONOCIDA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Dirección .....		
Empleo habitual .....		
Último empleo realizado .....		

#### 2. DATOS DEL FACULTATIVO

Apellidos	Nombre
Dirección	
Entidad Aseguradora	

#### 3. ANTECEDENTES DE PERSONALES Y FAMILIARES

--

#### 4. ANTECEDENTES DE TRABAJO (Si los hubiera)

(Trabajos realizados y empresas, en orden cronológico, agentes de exposición, descripción de actividades del último puesto de trabajo)

--

#### 5. ENFERMEDAD ACTUAL

(Molestias que padece el enfermo, comienzo de las mismas, evolución, tratamiento seguido hasta el momento actual)

--

**6. DIAGNÓSTICO**

**7. DATOS DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO (Anamnesis, exploración, documentos aportados)**

**8. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AL RECONOCIMIENTO**

**9. TRATAMIENTO EFECTUADO, EVOLUCIÓN Y POSIBILIDADES TERAPEÚTICAS**

**10. CONCLUSIONES (Limitaciones orgánicas y/o funcionales y valoración laboral)**

**11. JUICIO CLÍNICO-LABORAL:**

Según el Artículo 19.1, del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados, se considerará que existe incapacidad absoluta cuando padezcan deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que les inhabiliten por completo para toda profesión u oficio.

A estos efectos se tendrá en cuenta la edad del paciente y sus posibilidades reales de integración en el mercado de trabajo.

La incapacidad sufrida determina la imposibilidad de realización en cualquier tipo de actividad laboral, teniendo en cuenta la edad del beneficiario y las posibilidades reales de integración en el mercado de trabajo:

SI

NO

La incapacidad sufrida es susceptible de revisión:

SI

NO

Si la incapacidad fuese susceptible de revisión, deberá efectuarse cada        año/s

En                    a                    de                    de

EL MÉDICO

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](mailto:sgemigracion@mitramiss.es). El correo de contacto del delegado de protección de datos es [dpd@mitramiss.es](mailto:dpd@mitramiss.es).

El fin que se persigue con el tratamiento es la comprobación del cumplimiento de los requisitos necesarios para la instrucción de la solicitud de prestación económica por razón de necesidad regulada en el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero. Los datos no se cederán a terceros salvo para la verificación de los datos de identidad, para eventuales comprobaciones relacionadas con el expediente y en aplicación de los principios de cooperación, colaboración y coordinación entre las administraciones públicas en el desarrollo de sus competencias, salvo que conste oposición expresa del solicitante. Los datos se conservarán durante el tiempo imprescindible, de acuerdo con la legislación administrativa. 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](http://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.

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD** que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y anexos y me comprometo a facilitar la información y documentación que me sea requerida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del solicitante