

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN  
EX PRESOS SOCIALES

**1 DATOS DEL SOLICITANTE:**

FECHA DE NACIMIENTO:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	
NÚM. DNI/NIF/NIE:	OTRO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (SI CARECE DE D.N.I.): CLASE: NÚM.:	NACIONALIDAD:	SEXO:
DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):		LOCALIDAD:	
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:	NÚM. TELÉFONO:
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (Sólo si es distinto del indicado anteriormente)			
DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):		LOCALIDAD:	
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:	NÚM. TELÉFONO:
Solicita: <input type="checkbox"/> En nombre propio <input type="checkbox"/> Cónyuge viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			

**2 DATOS DEL CAUSANTE: Sólo para solicitantes como cónyuge viudo / o pareja de hecho**

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	
NÚM. DNI/NIF/NIE:	OTRO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (SI CARECE DE D.N.I.): CLASE: NÚM.:	NACIONALIDAD:	SEXO:
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE FALLECIMIENTO:		

**3 DATOS DEL REPRESENTANTE: Rellenar sólo cuando proceda**

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	
NÚM. DNI/NIF/NIE:	OTRO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (SI CARECE DE D.N.I.): CLASE: NÚM.:	NACIONALIDAD:	SEXO:
DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):		LOCALIDAD:	
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:	NÚM. TELÉFONO:

#### 4 LUGARES, FECHAS Y MOTIVO DE LAS MEDIDAS DE INTERNAMIENTO

CENTRO DE INTERNAMIENTO O PENITENCIARIO

PERÍODO DE TIEMPO

---



---



---



---

Declaro, bajo mi responsabilidad, que el motivo de las medidas de internamiento sufridas por el causante fue su condición de homosexual (marque la casilla que proceda):

No

Si

#### 5 DECLARACIÓN DE OTRAS AYUDAS O INDEMNIZACIONES (Rellenar en todos los casos)

Además de la indemnización que solicita en el presente impreso, ha percibido o ha solicitado otras ayudas por los mismos hechos:

No

Sí, en este caso señalar el Organismo, tipo de prestación e importe de la misma \_\_\_\_\_

---



---



---

#### 6 DECLARACIÓN DEL CÓNYUGE VIUDO: (Rellenar solo si se solicita como cónyuge viudo del causante, marcando la casilla correspondiente)

A los efectos de justificar el cumplimiento del requisito establecido en la disposición adicional decimoctava de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el 2009, el/la solicitante **DECLARA**, bajo su responsabilidad, que en la fecha del fallecimiento del causante:

No se había iniciado un proceso de separación o de nulidad matrimonial

Si se había iniciado un proceso de separación o nulidad matrimonial

#### 7 DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA INDEMNIZACIÓN:

TITULAR DE LA CUENTA:

BANCO/CAJA:

CÓDIGO CUENTA CLIENTE

Entidad	Sucursal	DC	Número de Cuenta
_ _ _ _	_ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**QUEDO INFORMADO** de la incompatibilidad de la percepción de la indemnización con la de otras ayudas que por el mismo concepto se me reconozcan en el futuro, así como de la obligación de comunicar a la Comisión de Indemnizaciones a ex presos sociales esta circunstancia.

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y presto consentimiento para que el Secretario de la Comisión recabe la decisión judicial o la resolución administrativa que impusiera las medidas de internamiento objeto de la indemnización, la certificación acreditativa de los períodos de tiempo efectivos de dichas medidas, así como los antecedentes, datos o informes que pudieran constar en los servicios policiales, autoridades gubernativas, órganos jurisdiccionales y en otros registros, sobre los hechos causantes de las medidas de internamiento.

**AUTORIZO** la consulta de mis datos de identificación personal, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad regulado en la ORDEN PRE/3949/2006, de 26 de diciembre (en caso de no autorizar la consulta, marque la siguiente casilla  y presente fotocopia de DNI/NIF o, si fuera extranjero, de la tarjeta de residencia o del pasaporte/NIE).

**SOLICITO**, mediante la firma del presente impreso, el reconocimiento y, en su caso, el pago de la indemnización que proceda según las disposiciones legales vigentes.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Firma del solicitante o del representante)

Los datos personales aportados por Vd. van a ser incluidos en un fichero informático, con la finalidad de reconocer, controlar y pagar la prestación que pueda corresponderle. El fichero será custodiado por esta Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas, que es el órgano administrativo de apoyo de la Comisión.

# DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR

(Original acompañado de fotocopia para su compulsión o fotocopia ya compulsada)

## 1.- ACREDITACIÓN DE LAS MEDIDAS DE INTERNAMIENTO QUE SUFRIÓ EL CAUSANTE DE LA INDEMNIZACIÓN

- Decisión judicial o resolución administrativa que impusiera las medidas de internamiento objeto de la indemnización.
- Certificación acreditativa de los periodos de tiempo efectivos de dichas medidas.

## 2.- PARA SOLICITANTES COMO CONYUGE VIUDO O PAREJA DE HECHO

A) En todas las solicitudes de indemnización por fallecimiento:

- Certificado de defunción del causante.

B) Para acreditar la relación de parentesco:

1.- El cónyuge viudo:

- Certificado literal de la inscripción de matrimonio expedido por el Registro Civil, de fecha posterior al fallecimiento.

2.- Pareja de hecho:

- En caso de existir hijos comunes: libro de familia o certificaciones literales de nacimiento de los hijos.
- De no existir hijos comunes:
  - Certificado de empadronamiento o convivencia del Ayuntamiento o, en su defecto, acta notarial de notoriedad que acredite la convivencia con el causante en los dos años inmediatamente anteriores al fallecimiento.
  - Documento público, o cualquier otro documento, en el que conste la existencia de la pareja de hecho.