

SOLICITUD DE AYUDA PARA CONTRIBUIR A MINIMIZAR EL IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL COVID-19 EN LOS ALQUILERES DE VIVIENDA HABITUAL

1. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA ARRENDATARIA DE LA VIVIENDA					
DNI/NIE:	Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Fax:	Correo electrónico:		
Código IBAN: 4 dígitos	Entidad: 4 dígitos	Sucursal: 4 dígitos	DC: 2 dígitos	Nº de cuenta: 10 dígitos	
2. DATOS DEL REPRESENTANTE (en su caso)					
DNI/NIE:	Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:
Provincia:	Municipio:		Localidad:		Código postal:
Tipo de vía:	Nombre de la vía:		Número:	Portal:	Escalera:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Fax:	Correo electrónico:		
3. DATOS DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO					
Provincia: MELILLA	Municipio: MELILLA				Código postal:
Tipo de vía:	Nombre de la vía:		Número:	Portal:	Escalera:
					Piso: <input type="checkbox"/> Puerta: <input type="checkbox"/>
4. LUGAR A EFECTOS DE NOTIFICACIONES					
Elegir lugar a efectos de notificaciones (Si no se actúa con representante, marque lo que proceda)					
Domicilio del emplazamiento de la vivienda			Otro domicilio		
Provincia:	Municipio:		Localidad:		Código Postal:
Tipo de vía:	Nombre de la vía:		Número:	Portal:	Escalera:
					Piso: <input type="checkbox"/> Puerta: <input type="checkbox"/>
5. DATOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (señale lo que proceda en el recuadro correspondiente)					
Nº de miembros de la unidad familiar incluido el solicitante:		Nº de Hijos:		Familia Monoparental: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Mayor de 65 años: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Discapacidad igual o superior al 33%: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Dependencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Incapacidad Permanente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Arrendatario con parálisis cerebral, e. mental o discapacidad intelectual con grado de disc. igual o superior al 33%: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Arrendatario con discapacidad física o sensorial con grado de disc. igual o superior al 65%: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Arrendatario con enfermedad grave que le incapacite o a su cuidador para realizar actividad laboral: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
6. HA SOLICITADO LAS AYUDAS TRANSITORIAS DE FINANCIACIÓN RECOGIDAS EN EL ART. 9 DEL RD-L 11/2020 (señale lo que proceda en el recuadro correspondiente)					
<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO		

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 010