

ANEXO III

DECLARACIÓN DEL INTERESADO/A

APELLIDOS Y NOMBRE:

G	APLICACIÓN RD 691/91, DE 12 DE ABRIL, DE CÓMPUTO RECÍPROCO DE CUOTAS ENTRE RÉGIMENES DE S. SOCIAL:
EN EL SUPUESTO DE QUE HUBIERA EFECTUADO COTIZACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTE CERTIFICADO DE DICHAS COTIZACIONES, (SEÑALAR CON UNA X SI PROCEDE) SOLICITO LA APLICACIÓN DEL RD 691/91, DE 12 DE ABRIL (B.O.E. NÚM. 104, DE 1 DE MAYO)	

H	OTRAS PENSIONES:		
ADEMÁS DE LA PENSIÓN DE JUBILACIÓN DE CLASES PASIVAS INICIADA POR EL PRESENTE IMPRESO, PERCIBE, HA SOLICITADO O SOLICITARÁ LAS SIGUIENTES: (SI NO PROCEDE, INDÍQUESE "NINGUNA" EN LA COLUMNA "TIPO DE PENSIÓN")			
TIPO DE PENSIÓN (JUBILACIÓN, VIUDEDAD, ORFANDAD,...)	ORGANISMO	IMPORTE ÍNTEGRO MENSUAL	ESTADO ACTUAL DE LA PENSIÓN (SOLICITARÁ, EN TRÁMITE, RECONOCIDA)

I	DATOS PARA RETENCIÓN IRPF:
A LOS EFECTOS DE LA RETENCIÓN DEL IRPF, SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE, HAN DE CONSTATARSE _____ HIJOS/AS (NÚMERO)	

J	DECLARACIÓN DE TRABAJO ACTIVO:
A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE ES PRODUZCA LA JUBILACIÓN, EL INTERESADO/A DECLARA QUE: (SEÑALAR CON UNA X LO QUE PROCEDA) <input type="checkbox"/> NO SE DESARROLLARÁ TRABAJO ACTIVO <input type="checkbox"/> SI, DESARROLLARÁ TRABAJO ACTIVO _____ INCLUIDO EN EL SECTOR _____ (PÚBLICO / PRIVADO)	

K	DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES:		
LAS NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON LA PRESENTE PENSIÓN DE JUBILACIÓN DE CLASES PASIVAS, HAN DE REMITIRSE A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN: (CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE SI NO COINCIDE CON LOS DATOS QUE FIGURAN EN EL APARTADO "A" DEL PRESENTE IMPRESO)			
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA / DEPARTAMENTO:	PAÍS:	NÚM. TELÉFONO:

PROCEDIMIENTO DE COBRO
(RELLENAR LOS DATOS DE LA OPCIÓN ELEGIDA)

L COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA:	
ENTIDAD FINANCIERA: _____	
DOMICILIO: _____ MUNICIPIO: _____	
CÓDIGO POSTAL: _____ PROVINCIA: _____	
CÓDIGO CUENTA CLIENTE _____ (FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD)	
ENTIDAD OFICINA DC NÚM. CUENTA	
----- ----- ----- -----	

M COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS:	
D/Dª _____ (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HABILITADO/A)	
(FIRMA Y SELLO DEL HABILITADO/A)	
CLAVE	
(CLAVE DEL HABILITADO/A)	

EL/LA FIRMANTE DE ESTE IMPRESO DECLARA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LOS APARTADOS G, H, I, J, K, L y M SON CIERTOS, EN EL CONOCIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES EN QUE PUDIERA INCURRIR POR FALSEDAD DE LOS MISMOS, Y, CONFIRMA Y SUSCRIBE LOS DEMÁS EXTREMOS SEÑALADOS EN EL RESTO DE LOS APARTADOS. ASIMISMO QUEDA ENTERADO DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR A LA DIRECCIÓN GENERAL DE COSTES DE PERSONAL Y PENSIONES PÚBLICAS DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA CUALQUIER VARIACIÓN QUE PUDIERA PRODUCIRSE EN LO SUCESIVO.

EN

A

DE

DE 200

(FIRMA DEL INTERESADO)