

ANEXO IV

DECLARACIÓN DEL INTERESADO/A

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 APOORTE CERTIFICADO DE DICHAS COTIZACIONES, (SEÑALAR CON UNA X SI PROCEDE)	
<input type="checkbox"/> 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, INDIQUESE "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 EN _____ 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)								
<table border="1"> <tr> <td>ENTIDAD</td> <td>OFICINA</td> <td>DC</td> <td>NÚM. CUENTA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚM. CUENTA					
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	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
	(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)