

LEY 40/2003 de 18 de Noviembre, de Protección a las Familias Numerosas  
Real Decreto 1621/2005, de 30 de Diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley  
40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas.

Decreto 45/2015, de 30 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el  
reconocimiento de la condición de familia numerosa y la expedición y renovación del título  
que acredita dicha condición y categoría en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

RENOVACIÓN NÚMERO \_\_\_\_\_

VALIDEZ \_\_\_\_\_

CATEGORÍA \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DEL TÍTULO DE FAMILIA NUMEROSA Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**PRIMER ASCENDIENTE**

Nombre y apellidos:

N.I.F./N.I.E.:

Estado civil:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Grado de discapacidad o minusvalía:

Teléfono:

**SEGUNDO ASCENDIENTE**

Nombre y apellidos:

N.I.F./N.I.E.:

Estado civil:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Grado de discapacidad o minusvalía:

Teléfono:

**DATOS DE RESIDENCIA**

Dirección:

Municipio:

C.P.:

Provincia:

**DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN**

(si son distintos a los de residencia)

Nombre y apellidos:

Dirección:

Municipio:

C.P.:

Provincia:

**DATOS DE LOS HIJOS E HIJAS CON DERECHO A BENEFICIO RELACIONADOS DE MAYOR A MENOR EDAD**

NOMBRE	APELLIDOS	N.I.F./N.I.E.	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO DE DISCAPACIDAD O MINUSVALÍA	INGRESOS

ALTA O BAJA DE ALGÚN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR: \_\_\_\_\_

**DATOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

(a rellenar sólo por las familias con cuatro hijos o menos, susceptibles de ser categoría especial)

Total de ingresos íntegros de la unidad familiar en cómputo anual: .....

**AUTORIZACIONES**

El/la/los solicitante/s don/doña ..... y don/doña ..... autoriza/n a la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, a que pueda realizar una consulta telemática con el S.E.P.A.D., para la comprobación de los diferentes grados de discapacidad, para la comprobación de los requisitos, para la obtención de la condición de familia numerosa.

 SÍ NO En este caso deberán aportarse certificados acreditativos, relativos al grado de discapacidad de los miembros de la unidad familiar.

El/la/los solicitante/s don/doña ..... y don/doña ..... autoriza/n a la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, a la comprobación de oficio de los datos de identidad personal y de domicilio, residencia y convivencia de los miembros de la unidad familiar, mayores de 14 años, a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad (SVDI). Esta autorización se hará extensiva a aquellos descendientes que, si bien no tengan 14 años cumplidos en el momento de su firma, los adquieran posteriormente estando el Título de Familia Numerosa en vigor.

 SÍ NO En este caso deberán aportarse copia del D.N.I. y certificado de empadronamiento, si es necesario.

El/la/los solicitante/s don/doña ..... don/doña ..... autoriza/n a la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, a la comprobación de oficio de los datos de identidad personal y de domicilio, residencia y convivencia de los miembros de la unidad familiar, mayores de 14 años, a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Residencia (SVDR). Esta autorización se hará extensiva a aquellos descendientes que, si bien no tengan 14 años cumplidos en el momento de su firma, los adquieran posteriormente estando el Título de Familia Numerosa en vigor.

 SÍ NO En este caso deberán aportarse copia del D.N.I. y certificado de empadronamiento, si es necesario.

El/la/los solicitante/s don/doña ..... don/doña ..... autoriza/n a la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, a la comprobación de oficio de los datos de registros civiles de nacimiento, defunción y matrimonio de los miembros de la unidad familiar, a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Registros Civiles del Ministerio de Justicia.

 SÍ NO En este caso deberán aportarse copia del Libro de Familia o certificados de nacimiento, matrimonio y defunción, si es necesario.

La/s persona/s abajo firmante/s, hijo/s mayor/es de edad presta/n su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad y residencia a través de los Sistemas de Verificación de Identidad y de Verificación de Datos de Residencia:

Apellidos y NombreD.N.I./N.I.E.Firma

<u>Apellidos y Nombre</u>	<u>D.N.I./N.I.E.</u>	<u>Firma</u>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE, EN EL DÍA DE LA FECHA, SON CIERTOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD Y QUE LOS HIJOS E HIJAS, COMPUTABLES, A LOS EFECTOS DE ESTA PETICIÓN, VIVEN EN EL DOMICILIO LEGAL, CONSERVAN EL ESTADO DE SOLTERÍA Y NO TIENEN OTROS INGRESOS QUE LOS CONSIGNADOS.

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

Firmado: don/doña: .....

**PROTECCIÓN DE DATOS:** En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento o cualquier otro que se requiera en la tramitación de esta solicitud van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero autorizado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante el órgano correspondiente.

Examinado el expediente y encontrándolo conforme expídase el Título correspondiente

En Badajoz a ..... de ..... de 20 .....

EL/LA JEFE/A DEL SERVICIO TERRITORIAL