

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE AVAL SOCIAL Y SOLVENCIA PARA ALQUILER

1. Datos del Solicitante (Arrendatario)

Campo	Información Requerida
Nombre y Apellidos	
NIF/NIE	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
Dirección Actual	
Teléfono de Contacto	
Correo Electrónico	
Condición de Asociado (FAS-CIVAE)	☐ Sí (Número de Socio: _____) ☐ No (Solicito mi inscripción)

2. Datos de la Unidad de Convivencia

Indique el número de personas que residirán habitualmente en la vivienda (incluido el solicitante) y sus ingresos conjuntos.

Miembro de la Unidad (además del solicitante)	Parentesco	NIF/NIE	Edad
1.			
2.			
3.			
Número Total de Personas			

3. Datos de la Vivienda y el Alquiler

Campo	Información Requerida
Dirección de la Vivienda a Alquilar	
Municipio y Provincia	
Renta Mensual de Alquiler (€)	
Importe del Aval Solicitado (€)	(Indique el número de mensualidades que se requiere avalar)
Duración Prevista del Contrato (Meses)	
Nombre Completo del Propietario/Arrendador	
NIF/CIF del Propietario/Arrendador	

4. Documentación de Solvencia Económica

Adjunte la documentación que acredite la capacidad de pago y la estabilidad financiera de la Unidad de Convivencia.

Documento	¿Aportado?	Notas/Observaciones
Declaración de Renta (IRPF)	☐ Sí ☐ No	Último ejercicio presentado.
Justificante de Ingresos del Solicitante	☐ Sí ☐ No	(Nóminas de los últimos 3 meses / Certificado de Pensión / Ingreso Mínimo Vital / etc.)
Vida Laboral	☐ Sí ☐ No	Informe actualizado.
Otros Ingresos (Unidad de Convivencia)	☐ Sí ☐ No	Documentos que acrediten los ingresos del resto de miembros.
Certificado de Cuentas Bancarias	☐ Sí ☐ No	Saldo medio o movimientos de los últimos 3 meses.

5. Declaración de Vulnerabilidad o Riesgo Social (para Aval Social)

Marque las situaciones que considere aplicables. Esta información se utiliza para evaluar la necesidad del **Aval Social**.

Situación	¿Aplicable?	Aportar Documentación de Soporte
Desempleo de larga duración (más de 12 meses)	☐ Sí ☐ No	Certificado del SEPE/Servicio de Empleo
Familia monoparental/numerosa con ingresos limitados	☐ Sí ☐ No	Título de Familia Numerosa/Libro de Familia
Personas con dependencia o discapacidad	☐ Sí ☐ No	Certificado de Grado de Discapacidad/Dependencia
Víctima de violencia de género	☐ Sí ☐ No	Orden de protección o informe de servicios sociales
Situación de desahucio reciente o riesgo de exclusión	☐ Sí ☐ No	Documentación judicial o informe social
Ingresos totales de la Unidad de Convivencia inferiores a [Límite IPREM FAS-CIVAE]	☐ Sí ☐ No	(Se verifica con la documentación económica)

6. Modalidad de Pago de la Cuota de Aval

IMPORTANTE: La cuota de mantenimiento del aval es el 3% de la Renta Mensual de Alquiler. Indique la modalidad de pago elegida:

Modalidad	Descripción	Selección
Pago Mensual	Abono del 3% de la renta mensual junto con el alquiler.	☐
Pago Anual	Abono del 3% de la renta mensual multiplicado por 12 meses, por adelantado al inicio de cada año de vigencia.	☐

Modalidad	Descripción	Selección
	(Puede aplicar descuento por pronto pago).	

7. Declaración y Autorización

Yo, **[Nombre del Solicitante]**, con NIF/NIE **[NIF/NIE del Solicitante]**,

1. **Declaro** bajo mi responsabilidad que toda la información y documentación aportada en esta solicitud es veraz y completa.
2. **Autorizo** a la Asociación Fondo de Aval Social CIVAE (FAS-CIVAE) a verificar los datos presentados ante organismos públicos o privados, y a realizar las comprobaciones necesarias para evaluar mi solicitud de aval y solvencia social.
3. **ACEPTO LA CUOTA DE MANTENIMIENTO:** Entiendo y acepto que la aprobación y mantenimiento del Certificado de Aval está condicionada al pago de la Cuota de Mantenimiento Mensual del Aval (3% de la renta) según la **Modalidad de Pago** elegida en la Sección 6. El primer pago es obligatorio antes de la emisión del certificado.
4. **Acepto** las condiciones generales del Fondo de Aval Social CIVAE, y me comprometo a cumplir con las obligaciones derivadas del aval, en caso de ser aprobado.

En **[Ciudad]**, a **[Día]** de **[Mes]** de **[Año]**.

Firma del Solicitante:

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE FAS-CIVAE

- **Fecha de Recepción:** _____
- **Decisión del Aval:** ☐ Aprobado ☐ Denegado
- **Motivo de la Decisión:** _____
- **Firma de la Junta Directiva/Delegado Autorizado:** _____