

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / POSTULACIÓN MODALIDAD ADQUISICIÓN DE VIVIENDA NUEVA

Por medio de la presente, declaro(amos) bajo juramento que el(los) suscrito(s), así como los integrantes de mi (nuestro) grupo familiar cumplimos con los requisitos para acceder al Bono Familiar Habitacional (BFH) y que estoy(amos) informado(s) sobre las obligaciones que asumiré(amos) en caso de ser beneficiario(s)* del mismo, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27829 (Ley que crea el BFH, sus modificatorias y reglamentos respectivos; acogidos al Decreto Legislativo N° 1246 que aprueba diversas medidas de simplificación administrativa).

La información consignada en el presente formulario es verdadera, en consecuencia, si cualquiera de las declaraciones efectuadas resultara falsa o no cumpliera con las obligaciones correspondientes, acepto(amos) que no tendré(amos) derecho a recibir el BFH, ni ningún otro beneficio otorgado por el Estado en el futuro, así como a la anulación del BFH, en caso de que me(amos) haya otorgado, encontrando(me)(nos) sujeto a las responsabilidades correspondientes. Asimismo, si se ha efectuado el desembolso del BFH me(nos) compromet(emos), según sea el caso, a devolver el total del importe recibido en el plazo que indique el Fondo MIVIVIENDA, incluyendo los intereses y penalidades que se hayan establecido y generado. Asimismo, declaro(amos) que no somos propietarios de vivienda alguna o terreno, o aires, aptos para vivienda en el territorio nacional.

De la misma forma acepto que cualquier importe depositado en la Cuenta MIVIVIENDA Recaudadora adicional al declarado en el Formulario de Asignación, podrá ser aplicado a los gastos administrativos del Programa Techo Propio, de no ser solicitado en un plazo que no excederá de un (1) año contado a partir de la fecha de ingreso del formulario de solicitud de asignación.

Expreso mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales[1] por el Fondo MIVIVIENDA S.A. identificado con R.U.C. N° 20414671773, con domicilio en Av. Paseo de la República N° 3121 distrito de San Isidro, Lima para el registro en el marco del Programa Techo Propio y sus normas[2].

INFORMACION GENERAL

Dirección (*)					Teléfonos
Av/Calle/Jr	#	Mz	Lote		Casa
Urb	Sector	Grupo	Distrito	Provincia	Trabajo
Centro Poblado / AAHH			Departamento		Celular
Referencia				Correo Electrónico:	Referencia

Datos completos del Jefe de Familia

DNI	Fecha de Nacimiento:		Edad:		
Apellidos y Nombres					
Estado Civil			Grado de Instrucción		
Ocupación:			Ingreso Familiar Mensuales:		S/.
Situación laboral:		Dependiente: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Independiente: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Forma de Pago <input type="checkbox"/> Al Contado <input type="checkbox"/> Con Financiamiento	
Discapacidad		Si	No	Victima de violación de DD.HH.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Datos completos del cónyuge o conviviente

DNI	Fecha de Nacimiento:		Edad:		
Apellidos y Nombres					
Estado Civil			Grado de Instrucción		
Ocupación:			Ingreso Familiar Mensuales:		S/.
Situación laboral:		Dependiente: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Independiente: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Forma de Pago <input type="checkbox"/> Al Contado <input type="checkbox"/> Con Financiamiento	
Discapacidad		Si	No	Victima de violación de DD.HH.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Carga Familiar (Hijos, hermanos, nietos menores de 25 años, o mayores con discapacidad permanente (solo aplica para hijos); padres y/o abuelos que vivan con el Jefe de Familia y dependan económicamente de él)

DNI	Fecha de Nacimiento:		Edad:		
Apellidos y Nombres					
Relación con el jefe de familia			Victima de violación de DD.HH.		Discapacidad Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DNI	Fecha de Nacimiento:		Edad:		
Apellidos y Nombres					
Relación con el jefe de familia			Victima de violación de DD.HH.		Discapacidad Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DNI	Fecha de Nacimiento:		Edad:		
Apellidos y Nombres					
Relación con el jefe de familia			Victima de violación de DD.HH.		Discapacidad Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Firma y Huella Digital del Jefe de Familia

Firma y Huella Digital del Cónyuge / Conviviente

Ø En caso que la Jefatura Familiar esté constituida por una pareja casada el Formulario de Inscripción deberá estar suscrito por alguno de los cónyuges, de conformidad a lo previsto en el artículo 292 del Código Civil. En el caso que la Jefatura Familiar esté constituida por una pareja de convivientes, el formulario deberá estar suscrito por ambos. En los dos casos el Formulario de Inscripción suscrito tendrá carácter de Declaración Jurada.

Para el Centro Autorizado:

Por medio del presente documento, yo..... identificado (a) con DNI N° responsable de la atención del Centro Autorizado de acreditado por el Fondo MIVIVIENDA S.A., declaro que la inscripción realizada al (os) señor (es).....

Jefe (es) de Familia del Grupo Familiar (GF), ha sido realizada de manera personal y presencial, correspondiendo la (las) firma (s) y huella (s) digital (es).

Firma y Huella Digital Responsable del CA

*A través del presente formulario se solicita la inscripción en el proceso de postulación; el Fondo MIVIVIENDA S.A. (FMV) constatará el cumplimiento de los requisitos a efectos de Finalizar su inscripción. La relación de los Grupo Familiar Elegible será publicada en nuestra página Web.

[1] Autorización para transferir y/o publicar en nuestro Portal Web: Información consignada en la presente Declaración Jurada

[2] Negación, revocación y alcances del consentimiento. El artículo 16° del Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, aprobado por Decreto Supremo N° 033-2013-JUS, establece la posibilidad del titular de los datos personales, de revocar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales en cualquier momento, sin justificación previa y sin que le atribuyan efectos retroactivos. Para la revocación del consentimiento se cumplirán los mismos requisitos observados con ocasión de su otorgamiento, pudiendo ser estos más simples, si así se hubiera señalado en tal oportunidad. El titular de los datos personales podrá negar o revocar su consentimiento al tratamiento de sus datos personales para finalidades adicionales a aquellas que dan lugar a su tratamiento autorizado, sin que ello afecte la relación que da lugar al consentimiento que sí ha otorgado o no ha revocado. En caso de revocatoria, es obligación de quien efectúa el tratamiento de los datos personales adecuar los nuevos tratamientos a la revocatoria y los tratamientos que estuvieran en proceso de efectuarse, en el plazo que resulte de una actuación diligente, que no podrá ser mayor a cinco (5) días. Si la revocatoria afecta la totalidad del tratamiento de datos personales que se venía haciendo, el titular o encargado del banco de datos personales, o en su caso el responsable del tratamiento, aplicará las reglas de cancelación o supresión de datos personales. El titular del banco de datos personales o quien resulte responsable del tratamiento debe establecer mecanismos fácilmente accesibles e incondicionales, sencillos, rápidos y gratuitos para hacer efectiva la revocatoria. Para mayor información sobre acceso a derechos ARCO puede ingresar a nuestra Página Web : WWW.MIVIVIENDA.COM.PE.