

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO O FRACCIONAMIENTO DE COBROS INDEBIDOS DEPENDENCIA

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL APLAZAMIENTO O FRACCIONAMIENTO:

NOMBRE Y APELLIDOS		DNI	
RELACIÓN CON LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
DOMICILIO:			
		TELÉFONO	
EMAIL			
MUNICIPIO		PROVINCIA	CP

DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

NOMBRE Y APELLIDOS		DNI	
DOMICILIO:			
MUNICIPIO		PROVINCIA	CP

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO O FRACCIONAMIENTO (marcar solo una sola opción)

APLAZAMIENTO :	<input type="checkbox"/>
IMPORTE DEUDA:	
PERIODO DE APLAZAMIENTO (máximo un año):	
MOTIVO SOLICITUD APLAZAMIENTO	

FRACCIONAMIENTO:	<input type="checkbox"/>
IMPORTE DEUDA:	
PERIODO DE FRACCIONAMIENTO (número meses aproximado):	
IMPORTE A PAGAR MENSUALMENTE (aproximado)	
MOTIVO SOLICITUD FRACCIONAMIENTO:	

DECLARACIÓN, SOLICITUD, FECHA Y FIRMA:

El abajo firmante **DECLARA** que:

1. Son ciertos todos los datos reflejados en esta solicitud, y que carece de medios económicos – financieros para hacer frente al pago indebidamente percibido en este momento.
2. Se compromete a efectuar el pago fraccionado de la deuda o bien, el pago único a través del aplazamiento en la fecha indicada en la resolución de concesión del fraccionamiento o aplazamiento.
3. Conoce que tanto en el fraccionamiento como en el aplazamiento la deuda se incrementará, en concepto de intereses con el porcentaje correspondiente al interés legal del dinero vigente en el momento.
4. Conoce que de conformidad con el artículo 54.2 del Reglamento General de Recaudación, la falta de ingreso a su vencimiento de la cantidad aplazada o, en su caso, las cantidades fraccionadas, determinará su inmediata exigibilidad en vía de apremio.

ACEPTA Y RECONOCE el importe de la cuantía y **SOLICITA** el aplazamiento o fraccionamiento del importe adeudado.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. _____