

ANEXO I

<b>PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR PARA COIDADORES DE PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA</b>	<b>SOLICITUDE</b>
--	-------------------

**MODALIDADE, CENTROS E DATAS SOLICITADAS**

<b>ESTADÍAS QUINCENAIS <input type="checkbox"/></b>	<b>ESTADIAS DE FIN DE SEMANA <input type="checkbox"/></b>
<b>Centros solicitados</b> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<b>Centros solicitados</b> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
<b>Datas solicitadas</b> 1ª quincena <input type="checkbox"/> Mes ..... 2ª quincena <input type="checkbox"/> Mes .....	<b>Datas solicitadas</b> Días: ..... Mes: .....
	<b>Réxime de estadia preferente</b> Fin de semana completo <input type="checkbox"/> Día festivo: <input type="checkbox"/> Indicar cal: .....

**DATOS DO SOLICITANTE**

Apelidos		Nome	
DNI	Estado civil	Data de nacemento	Nº Seguridade Social
Enderezo		Localidade Provincia	Teléfono

**DATOS DO COIDADOR HABITUAL**

Apelidos		Nome	
Enderezo		Localidade Provincia	Teléfono/s

**DATOS DE: REPRESENTANTE LEGAL  FAMILIAR  PERSOA DE CONTACTO**

Apelidos		Nome	
Enderezo		Localidade Provincia	Teléfono/s

Solicita acollerse ao Programa polo concepto de **precariedade económica** (só para estadias quincenais):

SI  NON

(Poderán acceder a praza gratuíta aquelas persoas solicitantes que non conten con ningún tipo de libranza ou servizo concedido a través do SADD e acrediten ter uns ingresos mensuais inferiores ao 50% do IPREM).

### UNIDADE DE CONVIVENCIA

NOME E APELIDOS	DATA NACEMENTO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	PROFESIÓN	TEN DEPENDENCIA OU DISCAPACIDADE CON AXUDA DE 3ª PERSOA	
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non

### DATOS ECONÓMICOS

#### Relativos ao solicitante

Contía mensual líquida ..... Ingresos procedentes de:  pensións  outros: .....

### APOIOS QUE RECIBE PARA A PRESTACIÓN DE COIDADOS

- Apoios informais (familiares, amigos, veciños...)

A diario , en situacións puntuais (aseo, cambio postural...) , nunca

- Apoios formais: axuda no fogar , centro de día , libranza de coidador , outros .....

Máis de 25 horas/mes , menos 24 horas/mes , outros  ..... ningún

### DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA Á SOLICITUDE:

Fotocopia do DNI do solicitante e do coidador habitual se procede.

Informe médico e social relativo ao solicitante, no modelo que se achega coa solicitude, só naqueles casos en que non exista recoñecemento de grao de dependencia.

Fotocopia compulsada da declaración da renda. Para o caso de non tela presentada, deberá achegar certificación negativa da Axencia Tributaria así como declaración xurada dos seus ingresos.

Declaro que son certos cantos datos anteceden e son coñecedor de que a falsidade ou ocultación deles, é motivo de anulación da presente solicitude, comprometéndome a achegar aqueles informes e/ou xustificantes complementarios que me sexan requiridos para os efectos de valoración ou comprobación de datos presentados.

**No caso de que non achegue a documentación relativa aos seus ingresos e ao DNI**, e así o desexe, marque nos seguintes recadros conforme **AUTORIZA**  ou **NON AUTORIZA**  á **Consellería de Traballo e Benestar para solicitar os certificados acreditativos ou consultar os datos relativos a: ingresos** obtidos por pensións ou da Axencia Tributaria, de conformidade co previsto no artigo 95.1 k da Lei 58/2003, xeral tributaria e **datos de identidade** no Sistema de Verificación de Datos de Identidade do Ministerio da Presidencia, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, do 7 de xullo de 2009 que a desenvolve.

De acordo co previsto no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro de protección de datos de carácter persoal (BOE nº 298 do 14 de decembro) infórmase que os datos incluídos nesta solicitude e documentación anexa, serán rexistrados en ficheiros automatizados, responsabilidade da Consellería de Traballo e Benestar, para a xestión de usuarios con acceso aos ficheiros con datos de carácter persoal, non estando prevista ningunha cesión dos ditos datos. Os dereitos de acceso, rectificación, cancelación de datos e oposición poderanse realizar nos termos previstos na citada lei.

....., a ..... de ..... de 201.. .

Sinatura do: solicitante

representante legal

coidador habitual

DEPARTAMENTO TERRITORIAL DE .....