XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL E IGUALDADE

ANEXO IX

| PROCEDIMIENTO | CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO | DOCUMENTO |
|---|---|---|
| **RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA** | **BS210A** | **AUTORIZACIÓN** |

## AUTORIZACIÓN

**Solo firmar si se cubre el punto 4 de la solicitud (deberán firmar todos los consignados en el punto 4) y/o el punto 10 (por el cuidador no profesional en el supuesto de que no pertenezca a la unidad de convivencia**

Autorizo expresamente a que se solicite y se suministre directamente a través de medios informáticos o telemáticas a la consellería de la Administración Autonómica con competencia en materia de dependencia la información de carácter tributaria necesaria y al acceso a los datos del DNI por medios digitales.

| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | DNI/CIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

Relación de parentesco ○ Cónyuge/Pareja ○ Hijo/a ○ Ascendente

FIRMA

| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | DNI/CIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

Relación de parentesco ○ Cónyuge/Pareja ○ Hijo/a ○ Ascendente

FIRMA

| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | DNI/CIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

Relación de parentesco ○ Cónyuge/Pareja ○ Hijo/a ○ Ascendente

FIRMA

| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | DNI/CIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

Relación de parentesco ○ Cónyuge/Pareja ○ Hijo/a ○ Ascendente

FIRMA

| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | DNI/CIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

Relación de parentesco ○ Cónyuge/Pareja ○ Hijo/a ○ Ascendente

FIRMA

## DATOS DEL/LA CUIDADOR/A

(Sólo cubrir en caso de que el/la cuidador/a no sea miembro de la unidad de convivencia, caso en el que cumplimentará y firmará en el cuadro anterior)

| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | DNI/CIF |
|---|---|---|---|
| | | | |

FIRMA