

DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LOS REQUISITOS QUE DIERON LUGAR AL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

BS210A - RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

(En caso de que la asistencia fuera prestada en el período por más de un/una asistente personal, se cubrirán los datos por período y asistente personal, y se justificará documentalmente con el certificado de la Seguridad Social que acredite que el/la asistente personal continúa reuniendo las condiciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social. Cuando la persona cuidadora sea autónoma o esté contratada a través de una empresa dedicada a este objeto, se justificará documentalmente con el duplicado del original de las facturas emitidas.)

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/PASAPORTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/PASAPORTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN O REPRESENTANTE DECLARA

Que durante el período al que hace referencia esta declaración se mantuvieron los requisitos que dieron lugar en su día al reconocimiento del derecho a la prestación económica de asistencia personal.

Que, durante dicho período, la asistencia fue prestada por la/las persona/s que se indica/n a continuación:

PERÍODO		DATOS DE LA PERSONA QUE PRESTÓ LA ASISTENCIA			
DESDE	HASTA	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/PASAPORTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA DE LA PERSONA BENEFICIARIA O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

 , de de