

DECLARACIÓN DEL PAGO POR ASISTENCIA PERSONAL

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

(En caso de que la persona o empresa en que se prestó el servicio de asistencia personal en el período a que hace referencia esta declaración fuera más de una, se cubrirán tantos anexos como personas o empresas intervinieran, consignando los datos correspondientes al período de que se trate.
Además, se deberá presentar, respecto a cada una de las personas o empresas, la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos y condiciones relativas a la persona que prestó la asistencia personal establecida en el decreto.)

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"/>

PERÍODO A QUE SE REFIERE LA DECLARACIÓN

MES DE	AÑO	HASTA	MES DE	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN O REPRESENTANTE DECLARA QUE PAGÓ A

DATOS DE LA PERSONA PRESTADORA DEL SERVICIO

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

En concepto de servicios de asistencia personal, durante el período a que se refiere esta declaración, los importes que seguidamente se detallan:

MES	AÑO	IMPORTE (€)	MES	AÑO	IMPORTE (€)
<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