

SOLICITUD DE PAGO

BS614B - PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

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

DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE POR LA QUE SE SOLICITA LA AYUDA

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

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- Copia de las facturas (o documentos de valor probatorio equivalentes) acreditativas de los gastos realizados donde conste expresamente la identificación (nombre y DNI) de la persona que recibe el servicio y el día y hora/s en que se prestó y el nombre y NIF de la persona o empresa o entidad que emite la factura y prestó el servicio.
- Justificantes bancarios que acrediten el pago de la factura. Se aceptará la justificación del pago en efectivo mediante un recíbi del/de la proveedor/a firmado sobre el propio documento con indicación del nombre y apellidos de quien recibe los fondos y su DNI, para gastos inferiores a 1.000 euros, conforme o previsto en el artículo 42.3 del Decreto 11/2009, de 8 de enero.

Justificación documental de la situación puntual que da derecho a la percepción de la ayuda:

- Justificante médico de enfermedad de la persona cuidadora
- Justificante documental de la ausencia puntual de cuidado
- Declaración responsable de la persona cuidadora de la situación puntual de ausencia en el cuidado

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

 , de de