



SOLICITUDE DE PAGAMENTO
BS614B - PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/PASAPORTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DA PERSOA DEPENDENTE POLA QUE SE SOLICITA A AXUDA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	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"/>

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA PARA O PAGAMENTO DA AXUDA

<input type="checkbox"/>	Copia das facturas (ou documentos de valor probatorio equivalente) acreditativas dos gastos realizados onde conste expresamente a identificación (nome e DNI) da persoa que recibe o servizo e o día e hora/s en que se prestou e o nome e NIF da persoa ou empresa ou entidade que emite a factura e prestou o servizo.
<input type="checkbox"/>	Xustificantes bancarios que acrediten o pagamento da factura. Aceptarase a xustificación do pagamento en efectivo mediante un recibo do/da provedor/a asinado sobre o propio documento coa indicación do nome e apelidos de quen recibe os fondos e o seu DNI, para gastos inferiores a 1.000 euros, conforme o previsto no artigo 42.3 do Decreto 11/2009, do 8 de xaneiro.
Xustificación documental da situación puntual que dá dereito á percepción da axuda:	
<input type="checkbox"/>	Xustificante médico de enfermidade da persoa cuidadora
<input type="checkbox"/>	Xustificante documental da ausencia puntual do coidado
<input type="checkbox"/>	Declaración responsable da persoa cuidadora da situación puntual de ausencia no coidado

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de