

**SOLICITUDE DE PAGAMENTO**

BS614B - AXUDAS ECONÓMICAS ÁS FAMILIAS CON PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA OU CON DISCAPACIDADE A TRAVÉS DO PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR PARA PERSOAS COIDADORAS

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

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

NOME/RAZÓN SOCIAL  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

**DATOS DA PERSOA DEPENDENTE POLA QUE SE SOLICITA A AXUDA**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA**

- 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.
- Xustificantes bancarios que acrediten o pagamento da factura. Aceptarase a xustificación do pagamento en efectivo mediante un recibín do/a proveedor/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:**

- Xustificante médico de enfermidade da persoa coidora
- Xustificante documental da ausencia puntual do coidado
- Declaración responsable da persoa coidora da situación puntual de ausencia no coidado

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

,  de  de