

DECLARACIÓN DE MANTEMENTO DOS REQUISITOS QUE DERON LUGAR AO RECOÑECEMENTO DO DEREITO Á LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSOAL**BS210A - RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DA DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA**

(No caso de que a asistencia fose prestada no período por máis dun/dunha asistente persoal, cubriranse os datos por período e asistente personal, e xustificarse documentalmente co certificado da Seguridade Social que acredite que o/a asistente persoal continúa reunindo as condicións de afiliación, alta e cotización á Seguridade Social. Cando a persoa coidadora sexa autónoma ou estea contratada a través dunha empresa dedicada a este obxecto, xustificarse documentalmente co duplicado do orixinal das facturas emitidas.)

DATOS DA PERSOA BENEFICIARIA DA PRESTACIÓN

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

A PERSOA BENEFICIARIA DA PRESTACIÓN OU REPRESENTANTE DECLARA

Que durante o período ao que fai referencia esta declaración se mantiveron os requisitos que deron lugar no seu día ao recoñecemento do dereito á libranza de asistencia personal.

Que, durante o dito período, a asistencia foi prestada pola/s persoa/s que se indica/n a seguir:

| PERÍODO | | DATOS DA PERSOA QUE PRESTOU A ASISTENCIA | | | |
|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| DESDE | ATA | 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"/> | <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"/> |

SINATURA DA PERSOA BENEFICIARIA OU REPRESENTANTE

Lugar e data

 , de de