



**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"/>

**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, o día e hora/s en que se prestou, o nome e o 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 recibo do/da provedor/a asinado sobre o propio documento con 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 coidadora
- Xustificante documental da ausencia puntual do coidado
- Declaración responsable da persoa coidadora da situación puntual de ausencia no coidado

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

,  de  de