

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 recibí 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 lo 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 conforme el art.8.1.g):

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