



ANEXO I
**SOLICITUD DE AYUDAS ECONÓMICAS DEL PROGRAMA DE
RESPIRO FAMILIAR.**

D/Dª _____,
D.N.I./N.I.E./Pasaporte _____ con domicilio en
_____, código postal _____ y
localidad _____ (Cáceres), Tfno: _____,
e-mail: _____.

EXPONE

Que soy cuidador/a habitual no profesional de: D/Dª _____
con D.N.I./N.I.E./Pasaporte _____, con domicilio en
_____ localidad
_____ (Cáceres) código postal _____.

Que la persona cuidada D/Dª _____,
tiene:

- Grado de discapacidad:%
- Grado de dependencia: Grado:
- No tiene reconocida plaza pública en servicios de atención residencial o prestación económica vinculada al servicio residencial

SOLICITO

- ☐ Servicio de acompañamiento y asistencia domiciliaria.
- ☐ Servicio de acompañamiento circunstancial y actividades puntuales de ocio.
- ☐ Servicio de asistencia a establecimiento externo no sociosanitario.
- ☐ Servicio de asistencia a establecimiento externo sociosanitario.



DECLARO

Que los datos reflejados en el presente documento y en la documentación que se acompañan al mismo, son ciertos.

No hallarme incurso/a en ninguna de las causas que impiden obtener la condición de beneficiario, con arreglo a lo establecido en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, así como encontrarme al corriente en el cumplimiento de las Obligaciones Tributarias y frente a la Seguridad Social, según el artículo 24.4 del Real Decreto 887/2006 del 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003 de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

Cáceres, a ____ de _____ de 202_.

Firma del solicitante

Fdo: _____

DOCUMENTACIÓN A APORTAR POR EL SOLICITANTE

- ✓ DNI del solicitante y de la persona con dependencia/discapacidad reconocida.
- ✓ Resolución del grado de dependencia reconocido por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- ✓ Resolución del reconocimiento del grado de discapacidad por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- ✓ Factura del servicio contratado con Entidad Prestadora de Servicios acreditada por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, con desglose del número de horas/días del mismo, y nombre y apellidos del /la beneficiario/a..

CONSIENTO que se proceda a recabar mis datos mediante la consulta a los ficheros públicos que fueran necesarios, así como la transmisión de mis datos para la tramitación de la solicitud de ayuda para suministros mínimos vitales y el pago de la ayuda a las entidades suministradoras, de conformidad con Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantías de los Derechos Digitales, sin perjuicio del ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición de los datos ante el Ayuntamiento de Cáceres.