

|                                      |                        |                   |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------|
| PROCEDEMENTO                         | CÓDIGO DO PROCEDEMENTO | DOCUMENTO         |
| <b>AXUDAS ECONÓMICAS INDIVIDUAIS</b> | <b>PR925A</b>          | <b>SOLICITUDE</b> |

|                                    |                        |                                             |                        |                      |                      |  |  |
|------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|--|--|
| <b>DATOS DA PERSOA SOLICITANTE</b> |                        |                                             |                        |                      |                      |  |  |
| NOME                               | PRIMEIRO APELIDO       | SEGUNDO APELIDO                             | NIF/PASAPORTE          |                      |                      |  |  |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   |                      |                      |  |  |
| TIPO                               | NOME DA VÍA            | NÚM.                                        | BLOQ.                  | ANDAR                | PORTA                |  |  |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |
| CÓDIGO POSTAL                      | LOCALIDADE             | PAÍS                                        |                        |                      |                      |  |  |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                        |                        |                      |                      |  |  |
| TELÉFONO 1                         | TELÉFONO 2             | CORREO ELECTRÓNICO                          | DNI PAÍS DE RESIDENCIA |                      |                      |  |  |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   |                      |                      |  |  |
| DATA DE NACEMENTO                  | PROVINCIA DE NACEMENTO | CONCELLO DE NACEMENTO                       | PAÍS DE NACEMENTO      |                      |                      |  |  |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   |                      |                      |  |  |
| ESTADO CIVIL                       | NACIONALIDADE          | COBERTURA MÉDICA QUE POSÚE (indique o nome) |                        |                      |                      |  |  |
| <input type="text"/>               | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                        |                        |                      |                      |  |  |

|                                                                                                                      |                      |                      |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>E, NA SÚA REPRESENTACIÓN</b> (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito) |                      |                      |                      |
| NOME/RAZÓN SOCIAL                                                                                                    | PRIMEIRO APELIDO     | SEGUNDO APELIDO      | NIF/PASAPORTE        |
| <input type="text"/>                                                                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                          |                      |                      |                      |                      |                      |
| Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación no correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir e que se poderán cambiar en calquera momento a través de Notifica.gal:                                                                        |                      |                      |                      |                      |                      |
| TELÉFONO MÓVIL                                                                                                                                                                                                                                                        | CORREO ELECTRÓNICO   |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |
| <b>ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE</b>                                                                                                                                                                                                                   |                      |                      |                      |                      |                      |
| As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa Administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos, sen que sexa válida para elas nin produza efectos unha opción diferente.                               |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="radio"/> <b>Electrónica</b> , a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal <a href="https://notifica.xunta.gal">https://notifica.xunta.gal</a><br>Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico ou Chave365. |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="radio"/> <b>Postal</b> (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente).                                                                                                                                                            |                      |                      |                      |                      |                      |
| TIPO                                                                                                                                                                                                                                                                  | NOME DA VÍA          | NÚM.                 | BLOQ.                | ANDAR                | PORTA                |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CÓDIGO POSTAL                                                                                                                                                                                                                                                         | LOCALIDADE           | PAÍS                 |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |

|                                                                                                                  |                      |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| <b>DATOS BANCARIOS</b>                                                                                           |                      |                          |
| Declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos consignados relativos á conta bancaria indicada. |                      |                          |
| TITULAR DA CONTA                                                                                                 | BIC                  | NÚMERO DA CONTA BANCARIA |
| <input type="text"/>                                                                                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIPO DE SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="radio"/> Emigrante galego/a ou fillo/a de emigrante galego/a (artigo 2.1)<br><input type="radio"/> Neto/a de emigrante galego/a (artigo 2.2)<br><input type="radio"/> Cónxuxe viúvo/a, parella de feito ou relación análoga e fillo/a (caso de falecemento do/da emigrante galego/a, do/da seu/súa fillo/a ou do/da seu/súa neto/a) (artigo 2.3.a) |

|                                                                                                                |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Indique se na convocatoria anterior recibiu unha axuda económica individual da Secretaría Xeral da Emigración  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON |
| Indique se recibe a prestación por razón de necesidade do Estado español                                       | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON |
| Indique se na unidade económica familiar existe máis dunha persoa solicitante do programa de axudas económicas | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON |



#### TIPO DE AXUDA QUE SOLICITA

- ☐ Axudas para paliar situacións de precariedade socio-económica na unidade familiar (artigo 4)
- ☐ Axudas por situación de enfermidade grave ou dependencia da persoa solicitante ou doutra persoa da súa unidade familiar (artigo 5.1)
- ☐ No caso de que o/a enfermo/a ou dependente sexa unha persoa da unidade familiar distinta da solicitante:
- Nome e apelidos da persoa dependente ou doente:
- Parentesco coa persoa solicitante:
- ☐ No caso de ser solicitante polo artigo 2.3.a):
- Nome e apelidos da persoa falecida:
- Data do falecemento:  Parentesco coa persoa solicitante:
- ☐ Axudas por invalidez ou enfermidade permanente que incapacite para a actividade laboral (artigo 5.2)
- ☐ Axudas para maiores de 65 anos con enfermidades crónicas (artigo 5.3)
- ☐ Axudas para as mulleres de sufran violencia de xénero (artigo 6)

#### DATOS DA UNIDADE ECONÓMICA FAMILIAR. PERSOAS QUE CONVIVEN COA PERSOA SOLICITANTE

|                                                        | APELIDOS | NOME | PARENTESCO | IDADE | INGRESOS<br>MENSUAIS *<br>(moeda do país) | ORIXE (pensión do país de<br>residencia, pensión española,<br>rendas, salario, autónomos...,<br>outros ingresos) |
|--------------------------------------------------------|----------|------|------------|-------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                      |          |      |            |       |                                           |                                                                                                                  |
| 2                                                      |          |      |            |       |                                           |                                                                                                                  |
| 3                                                      |          |      |            |       |                                           |                                                                                                                  |
| 4                                                      |          |      |            |       |                                           |                                                                                                                  |
| INGRESOS MENSUAIS DA PERSOA SOLICITANTE:               |          |      |            |       |                                           |                                                                                                                  |
| TOTAL INGRESOS MENSUAIS DA UNIDADE ECONÓMICA FAMILIAR: |          |      |            |       |                                           |                                                                                                                  |

\* Deben indicarse en proporción mensual os ingresos de carácter extraordinario ou de periodicidade non mensual.

#### SE A PERSOA SOLICITANTE RESIDE NUN CENTRO ASISTENCIAL OU SIMILAR

☐ Xustificante do custo mensual do centro      Custo mensual do centro (moeda do país):

#### PROPIEDADES OU EMPRESAS QUE POSÚAN OS MEMBROS DA UNIDADE ECONÓMICA FAMILIAR, AGÁS A VIVENDA HABITUAL

| Nº                                          | PROPIEDAD | ENDEREZO | VALOR PATRIMONIAL<br>(moeda do país) |
|---------------------------------------------|-----------|----------|--------------------------------------|
| 1                                           |           |          |                                      |
| 2                                           |           |          |                                      |
| PATRIMONIO MOBILIARIO (CAPITAL, ACCIÓNS...) |           |          | VALOR<br>(moeda do país)             |
|                                             |           |          |                                      |
|                                             |           |          |                                      |
|                                             |           |          |                                      |

#### AUTORIZACIÓN

A persoa solicitante autoriza a persoa habilitada para o efecto da entidade colaboradora sinalada a seguir para presentar esta solicitude a través do rexistro electrónico da Xunta de Galicia.

ENTIDADE COLABORADORA:



**A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:**

1. Que, en relación con outras axudas concedidas ou solicitadas:

- ☐ Non solicitou nin se lle concedeu ningunha outra axuda para este mesmo proxecto ou conceptos para os cales se solicita esta subvención.
- ☐ Si solicitou e/ou se lle concederon outras axudas para este mesmo proxecto ou conceptos para os cales se solicita esta subvención, que son as que a seguir se relacionan:

| ORGANISMO | IMPORTE (€) |
|-----------|-------------|
|           |             |
|           |             |
|           |             |

2. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.

3. Non estar incurso en ningunha das circunstancias previstas no artigo 13 da Lei 38/2003, do 17 de novembro, xeral de subvencións.

4. Non estar incurso en ningunha clase de inhabilitación para a obtención de axudas prevista nos apartados 2 e 3 do artigo 10 da Lei 9/2007, do 13 de xuño, de subvencións de Galicia.

5. Estar ao día do pagamento de obrigas por reintegro de subvencións, conforme ao artigo 10.2.g) da Lei 9/2007, do 13 de xuño, de subvencións de Galicia, e o artigo 9 do Regulamento de subvencións de Galicia, aprobado polo Decreto 11/2009, do 8 de xaneiro.

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE**

**DOCUMENTACIÓN XERAL**

- ☐ Declaración responsable das persoas beneficiarias do programa de axudas económicas individuais da convocatoria do ano anterior, no modelo do anexo II
- ☐ Documentación acreditativa dos ingresos, rendas ou pensións de calquera natureza da persoa solicitante e/ou dos membros da unidade económica familiar ou declaración responsable de non percibilos
- ☐ Xustificante do custo mensual do centro asistencial ou similar, no caso de que a persoa solicitante resida nun
- ☐ Documentación xustificativa oficial ou declaración responsable na cal conste o valor patrimonial dos bens mobles e inmoables
- ☐ Documento acreditativo da representación legal

|  | ÓRGANO | CÓD. PROC. | ANO |
|--|--------|------------|-----|
|--|--------|------------|-----|

**Convivencia familiar**

- |                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa da convivencia familiar, de ser o caso                                                                                                         |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Libro de familia ou certificado de matrimonio ou documentación xustificativa de unión de feito ou relación análoga e do nacemento do resto de membros da unidade familiar |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sentenza xudicial ou o correspondente certificado no caso de separación legal ou divorcio                                                                                 |  |  |  |

**Se presenta solicitude como emigrante galego/a ou fillo/a de emigrante galego/a (artigo 2.1) ou como neto/a de emigrante galego/a (artigo 2.2)**

- |                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pasaporte español ou outro documento de identidade no cal consten os datos persoais e a nacionalidade española                                                                                       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documento oficial que acredite o lugar de nacemento en Galicia                                                                                                                                       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacemento que acredite a nacionalidade española                                                                                                                                       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documentación oficial que acredite que a última veciñanza administrativa en España foi en Galicia de forma continuada durante dez (10) anos                                                          |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certificado ou acreditación de ter un ano de residencia continuada en Galicia (neto/a)                                                                                                               |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documentación que acredite que é descendente ata o primeiro grao de consanguinidade (fillo/a) ou segundo grao (neto/a) de emigrante galego/a ou da persoa residente en Galicia máis de dez (10) anos |  |  |  |

**Se presenta solicitude como cónxuxe viúvo/a, parella de feito ou relación análoga e como fillos/as (caso de falecemento de emigrante galego/a, do/da seu/súa fillo/a ou do/da seu/súa neto/a) (artigo 2.3.a)**

- |                                                                                                                                                     |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Documento público que acredite a identidade da persoa solicitante                                                          |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa dos requisitos da persoa falecida (emigrante galego/a, fillo/a de emigrante ou neto/a galego/a) |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certificado ou outros documentos xustificativos da filiación ou matrimonio, parella de feito... coa persoa falecida        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certificado oficial de defunción                                                                                           |  |  |  |

## DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE (continuación)

## DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA QUE SE PRESENTA SEGUNDO O SUPOSTO DE AXUDA SOLICITADO

- ☐ Informe social ou certificado da situación de necesidade (artigo 4.2)
- ☐ Documento oficial de recoñecemento da dependencia ou enfermidade grave/moi grave (artigo 5.1)
- ☐ Certificado médico segundo o modelo do anexo III (dependencia ou enfermidade grave/moi grave) (artigo 5.1)
- ☐ Documento oficial de recoñecemento da invalidez ou enfermidade permanente (artigo 5.2)
- ☐ Certificado médico segundo o modelo do anexo IV (invalidez ou enfermidade permanente) (artigo 5.2)
- ☐ Certificado médico segundo o modelo do anexo V (medicamentos e tratamentos para enfermidades crónicas) (artigo 5.3)
- ☐ Acreditación da situación de violencia de xénero con sentenza, orde xudicial de protección, informe do Ministerio fiscal ou informe social (artigo 6)
- ☐ Outros documentos xustificativos que fundamenten a solicitude de axuda, completen e faciliten a gradación do estado de necesidade

## COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.

OPÓÑOME Á  
CONSULTA

Ficha de inscrición no padrón de españois residentes no estranxeiro (PERE)

☐

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable do tratamento                                              | Xunta de Galicia. Presidencia. Secretaría Xeral da Emigración                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Finalidades do tratamento                                              | Tramitar este procedemento, verificar os datos e documentos que a persoa interesada achegue na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que se deriven e informar sobre o estado de tramitación. Así mesmo, os datos persoais incluíranse na Carpeta cidadá de cada persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal como de carácter administrativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Lexitimación para o tratamento                                         | O cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos derivada dunha competencia legalmente atribuída ao responsable do tratamento, así como o cumprimento de obrigas legais impostas ao dito responsable (artigos 6.1, letras c) e e) do RXPd e 8 da Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais). En concreto, a competencia e obrigas previstas nos preceptos básicos da Lei 38/2003, do 17 de novembro, xeral de subvencións, e da Lei 19/2013, do 9 de decembro, de transparencia, acceso á información pública e bo goberno, así como na Lei 9/2007, do 13 de xuño, de subvencións de Galicia, na Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas, na Lei 1/2016, do 18 de xaneiro, de transparencia e bo goberno, e na Lei 4/2019, do 17 de xullo, de administración dixital de Galicia. |
| Destinatarios dos datos                                                | As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Exercicio de dereitos                                                  | As persoas interesadas poderán solicitar o acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos ou retirar, de ser o caso, o consentimento outorgado a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en <a href="https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos">https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información | <a href="https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos">https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Dou o meu consentimento para que me remitan información doutros programas ou futuras accións promovidas pola Secretaría Xeral da Emigración

☐ SI

☐ NON

## LEXISLACIÓN APLICABLE

Resolución do \_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_, da Secretaría Xeral da Emigración, pola que se regulan e se convocan as subvencións do Programa de axudas económicas individuais para persoas residentes no exterior para o ano 2023 (código de procedemento PR925A).

## SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

,

de

de



**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

(para cubrir polas persoas beneficiarias do programa de axudas económicas)

**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**

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

**DECLARA, BAIXO A SÚA RESPONSABILIDADE**

E para os efectos do previsto no artigo 10.1 da resolución da Secretaría Xeral da Emigración, pola que se regulan e se convocan estas subvencións, que non variaron as súas circunstancias persoais e familiares, así como as referidas ao patrimonio mobiliario e inmobiliario.

**NOME, APELIDOS E LUGAR DE NACEMENTO DOS ANTEPASADOS DA PERSOA SOLICITANTE**

|                                                                                        |                                                                               |                                                                              |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <div>NOME DA PERSOA SOLICITANTE<br/>CONCELLO<br/>PROVINCIA<br/>PAÍS DE NACEMENTO</div> |                                                                               |                                                                              |                                                                               |
| <div>NOME PAI<br/>CONCELLO<br/>PROVINCIA<br/>PAÍS DE NACEMENTO</div>                   |                                                                               | <div>NOME NAI<br/>CONCELLO<br/>PROVINCIA<br/>PAÍS DE NACEMENTO</div>         |                                                                               |
| <div>NOME AVÓ PATERNO<br/>CONCELLO<br/>PROVINCIA<br/>PAÍS DE NACEMENTO</div>           | <div>NOME AVOA PATERNA<br/>CONCELLO<br/>PROVINCIA<br/>PAÍS DE NACEMENTO</div> | <div>NOME AVÓ MATERNO<br/>CONCELLO<br/>PROVINCIA<br/>PAÍS DE NACEMENTO</div> | <div>NOME AVOA MATERNA<br/>CONCELLO<br/>PROVINCIA<br/>PAÍS DE NACEMENTO</div> |

(Cúbrase ata a persoa emigrante galega)

**SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

|                      |   |                      |    |                      |    |                      |
|----------------------|---|----------------------|----|----------------------|----|----------------------|
| <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | de | <input type="text"/> | de | <input type="text"/> |
|----------------------|---|----------------------|----|----------------------|----|----------------------|



SUPOSTO DE AXUDA: AXUDAS POR ENFERMIDADE GRAVE OU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DA PERSOA SOLICITANTE  
OU DOUTRA NO SEO DA UNIDADE FAMILIAR (ARTIGO 5.1)

CERTIFICADO MÉDICO

NOME E APELIDOS DO/DA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D<sup>a</sup>.

CERTIFICA

Que unha vez efectuado o correspondente recoñecemento médico á persoa doente (nome e apelidos en maiúscula):

D./D<sup>a</sup>.

SE ENCONTRA NA SEGUINTE SITUACIÓN:

| SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (*)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ENFERMIDADE GRAVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. <input type="radio"/> QUE SE ENCONTRA NUNHA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE CARÁCTER PERMANENTE TAL QUE PRECISA DA ATENCIÓN DOUTRA PERSOA PARA AS ACTIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIARIA.</p> <p>O SEU GRAO DE DEPENDENCIA É:</p> <p><input type="radio"/> ALTO (a persoa precisa axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, varias veces ao día)</p> <p><input type="radio"/> MEDIO (a persoa precisa axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, unha vez ao día)</p> <p>2. <input type="radio"/> QUE NON SE ENCONTRA NUNHA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE CARÁCTER PERMANENTE, POLO QUE NON PRECISA DA ATENCIÓN DOUTRA PERSOA PARA AS ACTIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIARIA.</p> | <p>QUE PADECE AS SEGUINTE ENFERMIDADES:</p> <p>CO SEGUINTE TRATAMENTO:</p> <p>DEBIDO AO EXPOSTO, A PERSOA DOENTE PADECE UNHA ENFERMIDADE DE CARÁCTER:</p> <p><input type="radio"/> MOI GRAVE <input type="radio"/> GRAVE</p> <p>INDIQUE SI LA PERSONA SOLICITANTE TIENE COBERTURA MÉDICA SUFICIENTE PARA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD:</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON</p> |

(\*) Dependencia: estado de carácter permanente no cal se encontran as persoas que, por razóns derivadas da idade, enfermidade ou discapacidade e ligadas á falta ou perda de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, precisan da atención doutra ou outras persoas ou axudas importantes para realizar as actividades básicas da vida diaria ou, no caso das persoas con discapacidade intelectual ou enfermidade mental, doutros apoios para a súa autonomía persoal. As actividades básicas da vida diaria son as tarefas máis elementais da persoa que lle permiten desenvolverse cun mínimo de autonomía e independencia e que están referidas ao coidado persoal, aos labores domésticos básicos, á mobilidade esencial e ás funcións básicas mentais ou intelectuais.

DESCRICIÓN DA DEPENDENCIA/ENFERMIDADE, DA SÚA GRAVIDADE E DAS SÚAS CONSECUCENCIAS/LIMITACIÓNS

Lugar e data

, de de de

SINATURA, Nº DE COLEXIADO/A E SELO DO/DA FACULTATIVO/A

SELO DA ENTIDADE

REFRENDO DA ENTIDADE  
MÉDICA GALEGA/ESPAÑOLA



SUPUESTO DE AXUDA: AXUDAS POR INVALIDEZ OU ENFERMIDADE PERMANENTE (ARTIGO 5.2)

CERTIFICADO MÉDICO

NOME E APELIDOS DO/DA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D<sup>a</sup>.

CERTIFICA

Que unha vez efectuado o correspondente recoñecemento médico á persoa doente (nome e apelidos en maiúscula):

D./D<sup>a</sup>.

PADECE A SEGUINTE INVALIDEZ OU ENFERMIDADE PERMANENTE QUE O/A INCAPACITA PARA O DESENVOLVEMENTO DE CALQUERA TIPO DE ACTIVIDADE LABORAL (descrición da invalidez ou enfermidade permanente, da súa gravidade e das súas consecuencias ou limitacións):

DEBIDO AO EXPOSTO, A PERSOA DOENTE ENCÓNTRASE NUNHA SITUACIÓN DE:

- ☐ INVALIDEZ QUE A INCAPACITA PARA DESENVOLVER CALQUERA TIPO DE ACTIVIDADE LABORAL
- ☐ ENFERMIDADE PERMANENTE QUE A INCAPACITA PARA DESENVOLVER CALQUERA TIPO DE ACTIVIDADE LABORAL
- ☐ PODE DESENVOLVER ACTIVIDADES LABORAIS

TENDO EN CONTA O GRAO DE AUTONOMÍA:

- ☐ VÁLIDO/A
- ☐ DEPENDIENTE DOUTRA PERSOA PARA AS ACTIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIARIA

Lugar e data

,  de  de

SINATURA, N° DE COLEXIADO/A E SELO DO/DA FACULTATIVO/A

SELO DA ENTIDADE

REFRENDO DA ENTIDADE  
MÉDICA GALEGA/ESPAÑOLA



SUPOSTO DE AXUDA: AXUDAS PARA MAIORES DE 65 ANOS CON ENFERMIDADES CRÓNICAS  
QUE REQUIEREN TRATAMENTOS CONTINUADOS (ARTIGO 5.3)

**CERTIFICADO MÉDICO**

NOME E APELIDOS DO/DA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D<sup>a</sup>.

**CERTIFICA**

Que unha vez efectuado o correspondente recoñecemento médico á persoa doente (nome e apelidos en maiúscula):

D./D<sup>a</sup>.

- INFORMO DE QUE ESTÁ AFILIADO/A E TEN COBERTURA DA SEGUINTE MUTUALIDADE/ENTIDADE SANITARIA:

- PADECE AS SEGUINTE ENFERMIDADES (descrición das enfermidades, da súa gravidade e das súas consecuencias e limitacións):

- PARA AS CALES NECESITA TOMAR A SEGUINTE MEDICACIÓN:

| NOME DA MEDICACIÓN | DOSE |
|--------------------|------|
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |

- OUTROS TIPOS DE TRATAMENTOS NECESARIOS QUE PODEN OCASIONAR CUSTOS Á PERSOA INTERESADA:

ESTIMACIÓN DOS CUSTOS MENSUAIS DA MEDICACIÓN E/OU TRATAMENTO:

Lugar e data

,  de  de

SINATURA, Nº DE COLEXIADO/A E SELO DO/DA FACULTATIVO/A

SELO DA ENTIDADE

REFRENDO DA ENTIDADE  
MÉDICA GALEGA/ESPAÑOLA