

## DECLARACIÓN GARDADOR DE FEITO

| I. DATOS PERSOAIS DO/A GARDADOR/A DE FEITO (maior de idade) |                 |                                                               |                                                                                                        |                     |              |               |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|---------------|
| PRIMEIRO APELIDO                                            | SEGUNDO APELIDO | NOME                                                          | IDENTIFICACIÓN                                                                                         |                     |              |               |
|                                                             |                 |                                                               | <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Outro |                     |              |               |
|                                                             |                 |                                                               | N.º                                                                                                    |                     |              |               |
| DATA DE NACEMENTO                                           |                 | SEXO                                                          | NACIONALIDADE                                                                                          |                     | ESTADO CIVIL |               |
| Día      Mes      Ano                                       |                 | <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller |                                                                                                        |                     |              |               |
| DOMICILIO (Rúa/Praza)                                       |                 | N.º                                                           | Bloque                                                                                                 | Escaleira           | Porta        | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDADE                                                  |                 | PROVINCIA                                                     |                                                                                                        | COMUNIDADE AUTÓNOMA |              |               |

Aos efectos de representar ante a Delegación Provincial da Vicepresidencia de Igualdade e do Benestar no expediente de recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia a favor de:

| II. DATOS PERSOAIS DO/A BENEFICIARIO/A |                 |                                     |                                                                                                        |
|----------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMEIRO APELIDO                       | SEGUNDO APELIDO | NOME                                | IDENTIFICACIÓN                                                                                         |
|                                        |                 |                                     | <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Outro |
|                                        |                 |                                     | N.º                                                                                                    |
| DATA DE NACEMENTO                      |                 | RELACIÓN DE PARENTESCO CO COIDADOR: |                                                                                                        |
| Día      Mes      Ano                  |                 |                                     |                                                                                                        |

**DECLARA baixo a súa responsabilidade:**

1º) Que ten baixo a súa garda e coidado á persoa anteriormente citada polas razóns que a continuación se expresan:

.....

2º) Que ao seu xuízo dita persoa non ten capacidade de autogoberno.

3º) Que o presunto incapaz convive coas seguintes persoas:

| III. DATOS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA |          |     |            |          |
|--------------------------------------|----------|-----|------------|----------|
| NOME                                 | APELIDOS | DNI | PARENTESCO | ENDEREZO |
|                                      |          |     |            |          |
|                                      |          |     |            |          |
|                                      |          |     |            |          |
|                                      |          |     |            |          |

4º) Que, no suposto de que prospere a solicitude que ten formulada en nome da persoa indicada, asume a obriga de administrar os dereitos que puideran recoñecerse coa debida dilixencia e en interese da mesma. Así mesmo comprométese a comunicar calquera variación das circunstancias persoais e familiares, que poidan ter incidencia nos dereitos que no seu caso se recoñezan.

5º) Que porá en coñecemento da Vicepresidencia de Igualdade e do Benestar, de forma inmediata calquera cambio que, en relación á custodia do presunto incapaz, poda acaecer no futuro.

....., a ..... de ..... de 200....

Sinatura.