


| | |
|--|--|
| <p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p> | <p style="text-align: right; font-size: 24px; font-weight: bold;">018</p> <p>Datos complementarios específicos relativos a la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales</p> <div style="background-color: #800040; height: 15px; width: 100%; margin-bottom: 10px;"></div>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p> |
|--|--|

1. Datos de la persona solicitante

| | | |
|----------------------|------------------|--------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
| | | |
| DNI/NIF • NIE • Otro | | |
| | | |

2. Situación económica a efectos de deducción

| | |
|---|---|
| 2.1. Pensión de Gran Invalidez | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2.2. Pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2.3. Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2.4. Asignación económica por hija o hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo: Ingresos brutos anuales por dicho concepto | |

3. Datos de la persona cuidadora no profesional

| | | |
|--|---|--------------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
| | | |
| Fecha de Nacimiento (día, mes y año) | Sexo | Nacionalidad |
| | H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | |
| Domicilio (Calle / Plaza) | Nº | Bloque |
| | | |
| Escalera | Piso | Puerta |
| | | |
| C.P. | Municipio | Localidad |
| | | |
| Provincia /T.H. | DNI/NIF • NIE • Otro | |
| | | |
| Teléfono fijo | Teléfono móvil | E-mail |
| | | |
| Parentesco o relación con la persona solicitante | Titulación / Formación | |
| | | |

4. Otros datos

| | |
|--|---|
| 4.1. Es beneficiaria de un Servicio de Ayuda a Domicilio | Sí <input type="checkbox"/> fecha <input style="width: 80px;" type="text"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4.2. Se encuentra en centro residencial o institucional | Sí <input type="checkbox"/> fecha <input style="width: 80px;" type="text"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4.3. Es usuaria de Centro de Día, Centro Rural de Atención Diurna o Centro Ocupacional | Sí <input type="checkbox"/> fecha <input style="width: 80px;" type="text"/> No <input type="checkbox"/> |

4.4. Perciben en su domicilio alguna otra prestación económica derivada de la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia Sí fecha No

4.5. ¿Convive la persona solicitante con la persona cuidadora no profesional? Sí desde la fecha No

4.6. ¿Se encuentran empadronadas en el mismo domicilio? Sí desde la fecha No

5. Declaración jurada

Me comprometo a mantener residencia efectiva en el Territorio Histórico de Álava al menos 8 meses al año.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
 Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
 Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.
 Así mismo, autoriza al Instituto Foral de Bienestar Social para realizar las intervenciones técnicas necesarias en domicilio, a fin de comprobar el cumplimiento de requisitos y realizar el seguimiento preciso de la idoneidad de esta prestación.
 La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).