



Compromiso de atención a la persona dependiente

019



A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL
INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL

REUNIDOS

De una parte, D. / Dña.

DNI/NIF • NIE • Otro en calidad de persona cuidadora de D. / Dña.

..... persona dependiente solicitante de una Prestación Económica para

Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales

De otra parte, D. / Dña.

en calidad de técnico/a representante del Instituto Foral de Bienestar Social o del Servicio Social de Base de

..... (Álava)

MANIFIESTAN

Que la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales tiene como finalidad facilitar la atención de personas dependientes, por parte de sus familiares directos o de otras personas, en su propio domicilio, y que está destinada a contribuir a los gastos derivados de la atención prestada por la persona cuidadora no profesional.

Que la persona beneficiaria de la prestación y la persona cuidadora declaran que conocen y aceptan los requisitos y obligaciones que figuran en el Decreto Foral por el que se regula la prestación económica para cuidados en el entorno familiar en el Territorio Histórico de Álava, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

Que, por todo ello, deciden libremente suscribir el presente **Compromiso de atención a la persona dependiente:**

Compromisos de carácter general

1. La persona cuidadora se compromete a prestar a la persona dependiente una atención y cuidados adecuados a su situación de dependencia.
2. La persona cuidadora se compromete a facilitar unas condiciones de convivencia y de habitabilidad de la vivienda adecuadas para el desarrollo de los cuidados necesarios.
3. La persona cuidadora se compromete a comunicar en el plazo máximo quince días desde la fecha en que se produzca, cualquier variación en la situación de la persona dependiente, de la situación tenida en cuenta para el reconocimiento de la dependencia y cuantas puedan tener incidencia en la conservación o en la cuantía de esta prestación.
4. A facilitar a la Administración la realización de las comprobaciones necesarias en el domicilio en que tenga lugar la prestación del servicio, para verificar el cumplimiento de lo establecido en la norma reguladora de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
5. Y cualquier otra que le atribuya la normativa reguladora de las prestaciones económicas.

Otros Compromisos Específicos:

En a de de 20

Firma de la persona dependiente

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

Firma de la persona Cuidadora

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

Firma del / de la Técnico/a del I.F.B.S. o del S.S. de Base

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.
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).