



Comunicación de cambio de Persona Cuidadora no profesional

021



A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL
INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL

1. Datos de la persona beneficiaria

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DNI/NIF • NIE • Otro

Motivos por los que solicita el cambio de Persona Cuidadora

2. Datos de la nueva Persona Cuidadora no profesional

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil
<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio (Calle/ Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C.P.	Municipio	Localidad	Provincia / T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Parentesco o relación con la persona solicitante	Titulación / Formación
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comunico el cambio de persona cuidadora y **solicito** mantener la prestación económica de la que soy beneficiario/a

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.....