



Ayudas individuales dirigidas a personas con reconocimiento de discapacidad

029



CONVOCATORIA AÑO

Datos de la persona solicitante

En calidad de: Persona beneficiaria Representante Legal

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 (a efectos de notificaciones)	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"/>			

Datos de la persona para la que se solicita la ayuda

(En caso de coincidir la persona solicitante con la persona beneficiaria, no cumplimentar)

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"/>			

SOLICITA ayuda para:

DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR**Rendimientos de trabajo y Rendimientos de actividades**

Descripción	Importe Anual	Perceptor/a
	€	
	€	
	€	

Pensiones, Subsidios y Prestaciones

Descripción	Importe Anual	Perceptor/a
Pensión Viudedad	€	
Pensión Jubilación	€	
Gran invalidez	€	
PNC/FBS/LISMI	€	
Otras (Especificar)	€	

DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR**Valores Mobiliarios**

Descripción	Posee	Importe/Saldo	Rendimiento	Titular
Libretas de Ahorro / Ctas. Corrientes		€	€	
Bonos, Deuda Pública, Letras...		€	€	
Fondos de Inversión...		€	€	
Acciones/obligaciones...		€	€	
Otros (especificar)		€	€	

Valores Inmobiliarios (vivienda habitual, casas, fincas urbanas o rústicas, usufructos...)

Tipo	Descripción	V. Catastral	Rendimiento	Titular
		€	€	
		€	€	
		€	€	

Declaro no poseer ningún otro valor inmobiliario en la C.A. de Euskadi ni en otras Comunidades Autónomas de España.

Transmisiones, Donaciones

Descripción	Fecha	Valor	Destinatario/a
		€	
		€	
		€	

- Me comprometo a devolver al I.F.B.S. los productos de apoyo para cuya adquisición se reconozca la ayuda que solicito (productos consignados como recuperables en el Anexo II).
- Solicito anticipo a cuenta de la ayuda concedida, comprometiéndome a la justificación, dentro del plazo que se establezca en cada convocatoria, de la realización del gasto.
- Solicito pago directo a proveedor de la ayuda concedida.

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 del Representante legal *

* Causa por la que no puede firmar la persona para la que se solicita la ayuda