



SERVICIO SOCIAL DE ATENCIÓN SOCIAL BÁSICA TRASIERRA TIERRAS DE
GRANADILLA SOLICITUD SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR

1. DATOS IDENTIFICACIÓN CUIDADOR HABITUAL

Nombre y apellidos:			
DNI		Fecha Nacimiento:	
Domicilio:		Localidad:	
Teléfono:		Correo Electrónico:	

Como persona cuidadora habitual de la persona con dependencia y discapacidad:

2. DATOS IDENTIFICACIÓN PERSONA CON DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA

Nombre y apellidos:			
DNI		Fecha Nacimiento:	
Domicilio:		Localidad:	
Grado de Discapacidad		Grado de Dependencia:	

Declaro que no tiene reconocida plaza pública en servicios de atención residencial o prestación económica vinculada al servicio residencial;

Solicito al Servicio de Atención Social Básica de la Mancomunidad Trasierra Tierras de Granadilla los servicios que se marcan a continuación: (señalar con una X a la izquierda)

		Fechas, horarios concretos, o cualquier circunstancia que se quiera señalar
A	Acompañamiento y Asistencia Domiciliaria (Máximo 65 horas por persona atendida al año)	
B	Acompañamiento circunstancial y actividades puntuales de ocio diurno, nocturno, en el tiempo libre, en fines de semana y tiempo de vacaciones; así como descanso en hospitalizaciones, acompañamiento a servicios especializados ambulatorios, postoperatorios, u otros servicios transitorios análogos. (Duración máxima actividad: 36 horas/año) (El servicio puede coincidir con el horario de la comida de la persona atendida)	
C	Asistencia a establecimiento no sociosanitario (campamentos, playa, montaña, etc) (Cuantía máxima por persona 504 €/año; Máximo/día 72 €; Días mínimos de uso: 2)	



D	Estancias en establecimiento sociosanitario (estancias temporales en plazas acreditadas), en Centros de Día, de noche, y centros residenciales. (Duración máxima al año: 10 por persona atendida) (Ayuda máxima: 70 €/diarios para residencia o alojamiento; 40 €/día Centro de Día o nocturno)	
---	---	--

Así mismo, AUTORIZO a la MANCOMUNIDAD TRASIERRA TIERRAS DE GRANADILLA para el abono de la prestación económica que me sea reconocida en la siguiente cuenta corriente:

3. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA PRESTACIÓN

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA:

NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE:

DECLARO

Que los datos reflejados en el presente documento y en la documentación que se acompañan al mismo, son ciertos.

No hallarme incurso/a en ninguna de las causas que impiden obtener la condición de beneficiario, con arreglo a lo establecido en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, así como encontrarme al corriente en el cumplimiento de las Obligaciones Tributarias y frente a la Seguridad Social, según el artículo 24.4 del Real Decreto 887/2006 del 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003 de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

En _____, a ____ de _____ de 202__.

Fdo.: _____



DOCUMENTACIÓN A APORTAR POR EL SOLICITANTE

DNI del solicitante y de la persona con dependencia/discapacidad reconocida.

Resolución del grado de dependencia reconocido por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Resolución del reconocimiento del grado de discapacidad por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Factura del servicio contratado con Entidad Prestadora de Servicios acreditada por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, con desglose del número de horas/días del mismo.

Justificante bancario del ingreso o pago de la factura a la empresa prestadora del servicio.

Documento de cesión de la prestación a favor de la entidad prestadora del servicio.