

Lunes, 19 de mayo de 2025



JUNTA DE EXTREMADURA



INSTITUTO MUNICIPAL
DE ASUNTOS SOCIALES
AYUNTAMIENTO DE CÁCERES

ANEXO I

SOLICITUD DE AYUDAS ECONÓMICAS DEL PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR 2025.

D/D^a _____,
D.N.I./N.I.E./Pasaporte _____ con domicilio en
_____, código postal _____ y
localidad _____ (Cáceres), Tfno: _____,
e-mail: _____.

EXPONE

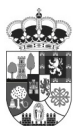
Que soy cuidador/a habitual no profesional de: D/D^a _____
con D.N.I./N.I.E./Pasaporte _____, con domicilio en
_____ localidad
_____ (Cáceres) código postal _____.

Que la persona cuidada D/D^a _____
tiene:

- Grado de discapacidad:%
- Grado de dependencia:
- No tiene reconocida plaza pública en servicios de atención residencial o prestación económica vinculada al servicio residencial

SOLICITO

- ☐ Servicio de acompañamiento y asistencia domiciliaria.
- ☐ Servicio de acompañamiento circunstancial y actividades puntuales de ocio.
- ☐ Servicio de asistencia a establecimiento externo no sociosanitario.
- ☐ Servicio de asistencia a establecimiento externo sociosanitario.



Lunes, 19 de mayo de 2025



JUNTA DE EXTREMADURA



INSTITUTO MUNICIPAL
DE ASUNTOS SOCIALES
AYUNTAMIENTO DE CÁCERES

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.

Cáceres, a ____ de ____ de 202_.

Firma del solicitante

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, y nombre y apellidos del /la beneficiario/a..

OPOSICIÓN EXPRESA A EFECTOS DE CONSULTA DE DATOS

La presentación de la solicitud conlleva la autorización para la consulta de los ficheros públicos que fueran necesarios para la tramitación de la solicitud.

La oposición expresa comportará la obligación de la persona interesada y, en su caso, del resto de las personas integrantes de la unidad familiar, de aportar a instancia de parte los documentos acreditativos de los requisitos necesarios para causar derecho a la ayuda.

NO autorizo recabar la información correspondiente a:

Apellidos y nombre	NIF/NIE	Firma

