

COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE GUARDADOR DE HECHO

RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Nº Expte.:

D/Dña con DNI/NIE/Pasaporte
Nº como guardador/a de hecho de D/Doña
....., con DNI/NIE/Pasaporte
Nº....., persona solicitante o beneficiaria del Sistema para la Autonomía y Atención a
la Dependencia.

COMUNICA:

El cambio de guardador de hecho de la persona citada, función que será desempeñada por D/Dña.
....., con DNI/NIE/Pasaporte Nº

Lo que se comunica a los efectos oportunos y se firma,

En....., a.....de.....de 20.....

Firma ANTERIOR
GUARDADOR DE HECHO

Firma NUEVO
GUARDADOR DE HECHO

NOTA: La nueva persona guardadora debe rellenar y firmar la declaración que figura en el reverso de esta hoja

DECLARACION DE GUARDA DE HECHO

RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE AUTONOMIA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

D./D^a..... mayor de edad, con DNI/NIE/pasaporte nº....., fecha de nacimiento....., con domicilio en calle/avda./plaza nº....., piso.....C.P..... localidad..... y teléfono..... a los efectos de poder representar ante el Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS) en el expediente de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a favor de D./D^a, mayor de edad, con DNI/NIE/pasaporte nº....., fecha de nacimiento....., con domicilio en calle/avda./plaza nº....., piso C.P..... localidad....., persona con la que le une una relación de parentesco de

DECLARA bajo su responsabilidad:

1º Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan:

- Deterioro cognitivo
 Enfermedad mental
 Discapacidad intelectual

2º Que a su juicio la persona citada no tiene capacidad de autogobierno.

3º Que la persona citada tiene los siguientes familiares:

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco	Teléfono	Dirección

4º Que los familiares referidos en el apartado anterior han sido informados de que la persona citada está bajo su guarda y cuidado, y que todas ellas manifiestan estar de acuerdo con ello.

5º Que en el supuesto de que prospere la solicitud que tiene formulada a nombre de persona citada, asume la obligación de administrar los derechos y las prestaciones que se pudieran reconocer a ésta con la debida diligencia y en interés de la misma, y a destinarlas a la atención y cuidado de la misma. Asimismo, se compromete a comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y familiares, por si pudieran tener incidencia en los derechos que, en su caso, se reconozcan.

6º Que pondrá en conocimiento del ICASS de forma inmediata cualquier cambio en relación a la custodia de la persona con discapacidad/mayor, que pueda acaecer en el futuro, asumiendo las resultas que, en su caso, puedan devenir por efecto de la resolución judicial sobre la declaración de modificación de la capacidad.

Autoriza a la Administración competente a realizar las verificaciones y consultas a ficheros públicos necesarios para acreditar la veracidad de los datos declarados.

Para que conste, a efectos de presentación por el interesado ante el ICASS, firma la presente declaración.

En, ade de 20.....

Firmado