

SOLICITUD SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR

1. DATOS IDENTIFICACIÓN CUIDADOR HABITUAL:

Nombre y Apellidos:				
N.I.F.				
Domicilio				
Población	Provincia:	BADAJOS	C.P.	
Teléfono	Email:			

Como persona cuidadora habitual NO profesional de la persona:

2. DATOS IDENTIFICACIÓN PERSONA CON DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA

Nombre y Apellidos				
N.I.F.				
Domicilio				
Población	Provincia:	BADAJOS	C.P.	
Teléfono	Email:			
Grado de Dependencia:	Grado de Discapacidad:			

DECLARO que no tiene reconocida plaza pública en servicios de atención residencial ni prestación económica vinculada al servicio residencial.

3. SOLICITO:

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 de la actividad: 36 horas/día) (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 días por persona atendida) (Ayuda máxima: 70 €/día para residencia o alojamiento; 40€/día Centro de día o nocturno)



4. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LA PRESTACIÓN

Así mismo, **AUTORIZO** a la Mancomunidad Integral de la Comarca de Olivenza para el abono de la prestación económica que me sea reconocida en la siguiente cuenta corriente:

Nombre y Apellidos:					
N.I.F.					
Domicilio					
Población		Provincia:	BADAJOS	C.P.	
Entidad Financiera			Sucursal		
IBAN					

DECLARO:

- Que los datos reflejados en el presente documento, así como en la documentación que lo acompaña, son veraces.
- NO hallarme incurso/a en ninguna de las causas que impiden obtener la condición de persona beneficiaria, de acuerdo con lo establecido en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
- Encontrarme al corriente en el cumplimiento de mis obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 24.4 del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la citada Ley.

En _____, a _____ de _____ de 2026.

Firmado.:



DOCUMENTACIÓN A APORTAR POR EL SOLICITANTE

- a) DNI del solicitante y de la persona con dependencia/discapacidad reconocida.
- b) Resolución del GRADO DE DEPENDENCIA reconocido por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y atención a la Dependencia (SEPAD)
- c) Resolución del reconocimiento del GRADO DE DISCAPACIDAD por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)
- d) 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.
- e) Informe-propuesta de concesión de servicios de Respiro Familiar emitido por el Servicio Social de Base de los municipios beneficiarios del Programa.
- f) Documento de cesión de la prestación a favor de la entidad prestadora del servicio, en su caso.
- g) Cualquier otra documentación aportada voluntariamente en apoyo a la solicitud, que habrá que especificar.

C.I.F.: P0600014E