



SISTEMA VALENCIANO PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

DECLARACIÓN GUARDADOR DE HECHO

D./D^a mayor de edad, con domicilio en..... Calle/Avda/Plaza..... núm.....provincia de.....
 D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.a los efectos de poder representar ante la Consellería de Benestar Social 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 hijo de y de , con domicilio en..... Calle/Avda/Plaza. núm. provincia de y D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.

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:

.....

2º) Que a su juicio dicha persona no tiene capacidad de autogobierno.

3º) Que el presunto incapaz tiene los siguientes familiares:

Nombre y Apellidos	Edad	Parentesco	Dirección
.....
.....
.....
.....

4º) Que, en el supuesto de que prospere la solicitud que tiene formulada en nombre de la persona indicada, asume la obligación de administrar los derechos que pudieran reconocerse con la debida diligencia y en interés de la misma. Asimismo se compromete a comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y familiares, ya que pueden tener incidencia en los derechos que en su caso se reconozcan.

5º) Que pondrá en conocimiento de la Consellería de Benestar Social de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia del presunto incapaz, pueda acaecer en el futuro.

En, a de de 200....

Fdo:.....