### FAMILIA INGURUNEKO ZAINTZETARAKO PRESTAZIO EKONOMIKOAREN ESKAERA

### SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **EB**/RU: |  |  **Espediente kodea**/Código expediente: |  |

**ESKATZAILEAREN DATUAK** / DATOS DEL SOLICITANTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Abizenak**/Apellidos: |  |  **Izena**/Nombre: |  |
| **NAN-AIZ**/DNI-NIE: |  | **Herritartasuna**/Nacionalidad: |  |
| **Jaioteguna**/Fecha de nacimiento: |  | **Jaiolekua**/Lugar de nacimiento: |  |
| **Sexua**/Sexo: |  | **Egoera zibila**/Estado Civil: |  |
| **Helbidea**/Domicilio: |  |
| **Herria**/Localidad: |  | **Posta kodea**/Código Postal: |  |
|  **Telefonoak**/Teléfonos: |  |  |
| **E-posta**/E-mail: |  |
| **Ahozko komunikazioa**/Comunicación oral: |  **Euskara**/ Euskara  **Gaztelania**/Castellano |
| **Idatzizko komunikazioa**/Comunicación escrita: |  **Euskara**/ Euskara  **Elebiduna**/Bilingüe |
| **Kontaktuko pertsona**/Persona de contacto: |  |

# ORDEZKARIAREN DATUAK / DATOS DEL REPRESENTANTE

##  **Ordezkaritzarik gabe**/Sin representación  **Legezko ordezkaria**/Representante legal

##  **Borondatezko ordezkaria**/Representante voluntario  **Egitatezko zaintzailea**/Guardador de hecho

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Abizenak**/Apellidos: |  |  **Izena**/Nombre: |  |
| **NAN-IFK**/DNI-CIF: |  | **Harremana**/Relación: |  |
| **Helbidea**/Domicilio: |  |
|  **Herria**/Localidad: |  |  **P.K.**/C.P: |  |  **Probintzia/**Provincia: |  |
| **Telefonoak**/Teléfonos: |  |  |
| **E-posta**/E-mail: |  |
| **Ahozko komunikazioa**/Comunicación oral: |  **Euskara**/ Euskara  **Gaztelania**/Castellano |
| **Idatzizko komunikazioa**/Comunicación escrita: |  **Euskara**/ Euskara  **Elebiduna**/Bilingüe |

**KORRESPONDENTZIARAKO HELBIDEA** /DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA

|  |  |
| --- | --- |
| **Posta-hartzailea**/Destinatario/a: |  |
| **Probintzia**/Provincia: |  | **Herria**/Localidad: |  |
| **Helbidea**/Domicilio: |  | **Posta kodea**/Código postal: |  |

 **ABONUA EGITEKO KONTUA** / CUENTA DE ABONO

|  |  |
| --- | --- |
|  **Kontu zenbakia**/Número de cuenta: |   |
|  **Titularra**/Titular:  **Onuraduna**/Beneficiario/a  **Adintxikikoaren guraso edo tutorea**/Progenitor o tutor del menor |
|  **Titularraren izen-abizenak**/Nombre y Apellidos titular: |  |  **NA**/DNI: |  |

**ERREFERENTZIAZKO PROFESIONALAREN DATUAK** / DATOS DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Izena**/ Nombre: |  | **Telefonoa**/Teléfono: |  |
| **E-posta**/E-mail: |  |
| **C.S.S:** |  | **U.T.S:** |  |

**LEGEZKO EGOITZAREN DATUAK** / DATOS DE RESIDENCIA LEGAL

|  |
| --- |
| **Espainian (edo Europar batasunean) legezko egoitza 5 urtez** Residencia legal en España (o en la Unión Europea) en 5 años:  **Bai**/Si  **Ez**/No |
| **Legezko egoitza, azken 2 urteak**/ Residencia legal 2 últimos años:  **Bai**/Si  **Ez**/No |

 **EGOITZA DENBORALDIAK** / PERÍODOS DE RESIDENCIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Denboraldia** / Período |  **Probintzia/Herrialdea** Provincia/País |  **Herria /** Localidad  |
| **Hasiera** / Inicio | **Amaiera** / Fin |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**-Itzulitako emigratzailea**/ Emigrante retornado:  **Ez**/No  **Bai**/Si

**-Itzulerako data**/ Fecha de retorno:

**JASOTZEN DITUEN HELBURU BEREKO PRESTAZIOAK** /PRESTACIONES DE IGUAL FINALIDAD QUE PERCIBE

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Eskatzailea** / Solicitante |
| **Prestazioak** / Prestaciones | **Bai**Si | **Ez**No | **Osagarriaren****hileko kopurua**Cuantía mensualdel complemento |
| **Ezintasun handiko pentsioa (osagarria bakarrik)** Pensión de Gran Invalidez (solo complemento) |  |  |  |
| **Gizarte Segurantzaren kargupeko semealabarengatiko prestazioaren hirugarren pertsona baten laguntza osagarria**Complemento por ayuda de tercera persona de la prestación por hijo a cargo de la seguridad social |  |  |  |
| **Elbarritasuneko KGParen osagarria beste pertsona baten laguntzagatik (osagarria bakarrik)**Complemento por necesidad de otra persona de la PNC de Invalidez (solo complemento) |  |  |  |
| **Ezinduak Gizarteratzeko Legeak beste pertsona baten laguntzagatik ezarritako diru-laguntza** Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI |  |  |  |

**ESKATZAILEARI EMATEN ZAIZKION ZERBITZUAK** / SERVICIOS PRESTADOS AL SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Eskatzailea** / Solicitante |
| **Zerbitzuak** / Servicios | **Bai**Si | **Ez**No | **Zerbitzua**Servicio | **Zentroa**Centro |
| **Etxez etxeko laguntza**Ayuda a domicilio |  |  |  |  |
| **Eguneko Zentrua edo Taller Okupazionala**Centro de Día o Taller Ocupacional |  |  |  |  |
| **Egoitza edo etxearen ordezko bizilekua**Centro residencial o alojamiento alternativo al hogar |  |  |  |  |

**FAMILI UNITATEA** / UNIDAD FAMILIAR

**Ezkontidea edo izatezko bikotea, seme-alabak (<30 urte, edo zaharragoak %65eko desgaitasunakin). Adintxikikoetan gurasoak eta anai-arrebak (<30 urte, edo zaharragoak %65eko desgaitasunakin).**

#### Cónyuge o pareja de hecho, hijos/as (<30 años, o mayores con 65% discapacidad). Si menor de edad, padres y hermanos/as (<30 años, o mayores con 65% discapacidad).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Izen-abizenak**Nombre y Apellidos | **NA-AIZ**DNI-NIE | **Sexua**Sexo | **Jaioteguna**Fecha nacimiento | **Ahaidetasuna** Parentesco |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

#  PERTSONA ZAINTZAILEA / PERSONA CUIDADORA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Abizenak**/Apellidos: |  | **Izena**/Nombre: |  |
| **NAN-AIZ**/DNI-NIE: |  | **Herritartasuna**/Nacionalidad: |  |
| **Sexua**/Sexo: |  | **Egoera zibila**/Estado Civil: |  |
| **Jaioteguna**/Fecha de nacimiento: |  |
| **Ahaidetasuna (edo antzekoa)**/Parentesco (o similar): |  |
| **Telefonoak**/Teléfonos: |  |  |
| **E-posta**/E-mail: |  |

**BAIMENTZEAK** / AUTORIZACIONES

**Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Politikako Departamentuari baimena ematea eskaera egin duenak aurkeztu eta beste hainbat departamentutako edo beste administrazio publiko batzuetako fitxategietan dauden datuak egiaztatzeko, bai eta prestazioa eskuratzeko edo, gerora, hura mantentzeko baldintzak betetzen direla egiaztatzeko beharrezkoak diren kontsulta guztiak egitekoa ere, prestazioaren zenbatekoa kalkulatzekoak barne.**

Autoriza al Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa para que verifique los datos aportados por la persona solicitante que se hallen en ficheros de otros Departamentos o de otras Administraciones Públicas, así como a realizar cuantas consultas sean necesarias para la comprobación del cumplimiento de los requisitos de acceso y, posteriormente, del mantenimiento del derecho a la prestación, así como de las necesarias para el correcto cálculo de la misma.

**Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Politikako Departamentuari eta dagokion udaleko gizarte zerbitzuei etxean beharrezko diren esku-hartze teknikoak egiteko baimena ematea, bai hasierakoak eta bai jarraipenekoak ere, zainketak benetan ematen direla eta mendeko pertsonaren beharretarako egokiak direla egiaztatzeko helburuarekin.**

Autorizar al Departamento competente en Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y a los servicios sociales municipales correspondientes a que realicen las intervenciones técnicas necesarias en el domicilio, tanto iniciales como de seguimiento, orientadas a comprobar que la atención se presta realmente y que es adecuada a las necesidades de la persona dependiente.

**BETEBEHARREN ONARTZEA** / ASUNCIÓN DE OBLIGACIONES

**Gipuzkoako Foru Aldundiari ematea prestazioa aldatzea, etetea edo iraungitzea ekar lezakeen edozein aldaketaren berri eta baita bizilekua, errolda edo zaintzaile ez profesionala aldatzearen berri, hori gertatu eta hilabetera, zuzenean zein dagozkion udal gizarte zerbitzuen bidez.**

Comunicar a la Diputación Foral de Gipuzkoa, bien directamente o bien a través de los servicios sociales municipales correspondientes, y en el plazo de un mes desde la fecha en que se produjera, cualquier variación que pudiera dar lugar a la modificación, suspensión o extinción de la prestación, así como cualquier cambio de domicilio, de padrón o de persona cuidadora no profesional.

**Frogatzea zaintzaileak baduela mendekotasun egoeran dauden pertsonak zaintzeko beharrezkoa den oinarrizko prestakuntza, zaintza lanak hasi eta gehienez sei hilabeteko epean. Hori frogatzeko, dagokion prestakuntza egiaztagiria aurkeztu beharko du. Gizarte Politikaren ardura duen Gipuzkoako Foru Aldundiko Departamentuak emango du prestakuntza hori.**

Acreditar, en un plazo máximo de 6 meses a contar desde la fecha de inicio de los cuidados por parte de la persona cuidadora, que la misma cuenta con la formación básica necesaria para la atención a personas en situación de dependencia, debiendo acreditarlo mediante la presentación del certificado de formación correspondiente. Dicha formación se impartirá por el Departamento competente en Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

**Lekua eta data**/Lugar y fecha:

**Onuraduna edo ordezkariaren sinadura**/Firma del beneficiario/a o su representante:

**ORDEZKARIA**/REPRESENTANTE **ONURADUNA**/BENEFICIARIO/A

**AURKEZTU BEHARREKO AGIRIAK** / DOCUMENTOS A PRESENTAR

1. **Udal errolda agiria, etxebizitzan elkarbizitzan dauden lagun guztien zerrenda jasotzen duena.**

Certificado municipal de empadronamiento en el que aparezcan todas las personas convivientes en el domicilio.

1. **Hala badagokio, familia liburuaren edo izatezko bikoteen erregistroko egiaztagiriaren fotokopia.**

En su caso, fotocopia del libro de familia o del certificado del Registro de Parejas de Hecho.

1. **Atzerritarra izanez gero, egoitza ziurtagiria, legezko egoitza aldiak egiaztatzen dituena.**

En caso de extranjero, certificado de residencia que acredite los periodos de residencia legal.

1. **Ordainketa jasoko duen kontu korrontearen titulartasun ziurtagiria.**

Certificado de titularidad de la cuenta corriente de abono.

1. **Hala badagokio, Gizarte Segurantzaren Institutu Nazionalak egindako ziurtagiria, frogatzen duena pertsona horrek aitortua duela ezintasun handiaren osagarria edo beste baten beharragatik ematen den osagarri bat.**

En su caso, certificado expedido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, acreditativo de que la persona tiene reconocido el complemento de gran invalidez o un complemento por necesidad de otra persona.

1. **Zaintzailearen NANaren edo AIZaren fotokopia.**

Fotocopia de DNI o NIE de la persona cuidadora.

1. **Mendekotasuna duen pertsona zaintzeko konpromisoa, eredu normalizatuaren bidez.**

Compromiso de atención a la persona dependiente, mediante modelo normalizado.