

DECLARACIÓN RESPONSABLE

(a cubrir por las personas solicitantes del programa de ayudas económicas individuales)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF/PASAPORTE

Y, EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF/PASAPORTE

DECLARA, BAJO SU RESPONSABILIDAD

A los efectos del previsto en el artículo 3.1d) y 10.1 y) de la resolución de la Secretaría General de la Emigración por la que se regulan y se convocan estas ayudas,

Que mi unidad económica familiar está constituida por personas, y

Que ni yo ni los componentes de esa unidad familiar posemos bienes muebles o inmuebles con un valor patrimonial que supere 2,5 veces las cuantías previstas en el apartado c) del artículo primero de la mencionada Resolución de convocatoria, excepto la vivienda habitual.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE y del resto de integrantes de la unidad familiar mayores de edad

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Lugar y fecha

 , de de

**SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS POR ENFERMEDAD GRAVE O SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE LA PERSONA SOLICITANTE
O DE OTRA EN EL SEÑO DE LA UNIDAD FAMILIAR (ARTÍCULO 5.1)**

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D^a.

CERTIFICA

Que una vez efectuado el correspondiente reconocimiento médico a la persona paciente (nombre y apellidos en mayúscula):

D./D^a.

SE ENCUENTRA EN LA SIGUIENTE SITUACIÓN:

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (*)	ENFERMEDAD GRAVE
<p>1. <input type="radio"/> QUE SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE CARÁCTER PERMANENTE TAL QUE PRECISA DE LA ATENCIÓN DE OTRA PERSONA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.</p> <p>SU GRADO DE DEPENDENCIA ES:</p> <p><input type="radio"/> ALTO (la persona precisa ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día)</p> <p><input type="radio"/> MEDIO (la persona precisa ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, una vez al día)</p> <p>2. <input type="radio"/> QUE NO SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE CARÁCTER PERMANENTE, POR LO QUE NO PRECISA DE LA ATENCIÓN DE OTRA PERSONA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.</p>	<p align="center">QUE PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p align="center">CON EL SIGUIENTE TRATAMIENTO:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>DEBIDO A LO EXPUESTO, LA PERSONA ENFERMA PADECE UNA ENFERMEDAD DE CARÁCTER:</p> <p align="center"> <input type="radio"/> MUY GRAVE <input type="radio"/> GRAVE </p> <p>INDIQUE SI LA PERSONA SOLICITANTE TIENE COBERTURA MÉDICA SUFICIENTE PARA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD:</p> <p align="center"> <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO </p>

(*) Dependencia: estado en el cual se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importante para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Las actividades básicas de la vida diaria son las tareas más elementales de la persona que le permiten desarrollarse con un mínimo de autonomía e independencia y que están referidas al cuidado personal, a las labores domésticas básicas, a la movilidad esencial y a las funciones básicas mentales o intelectuales.

DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA/ENFERMEDAD, DE SU GRAVEDAD Y DE SUS CONSECUENCIAS/LIMITACIONES

Lugar y fecha

, de de

FIRMA, N° DE COLEGIADO/A Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD
MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA

SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS PARA PERSONAS ENTRE 18-65 AÑOS EN SITUACIÓN DE INVALIDEZ O ENFERMEDAD PERMANENTE (ARTÍCULO 5.2)

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D^a.

CERTIFICA

Que una vez efectuado el correspondiente reconocimiento médico a la persona paciente (nombre y apellidos en mayúscula):

EDAD

D./D^a.

PADECE LA SIGUIENTE INVALIDEZ O ENFERMEDAD PERMANENTE QUE LO/LA INCAPACITA PARA EL DESARROLLO DE CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL (descripción de la invalidez o enfermedad permanente, de su gravedad y de sus consecuencias o limitaciones):

DEBIDO A LO EXPUESTO, LA PERSONA ENFERMA SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE:

- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA QUE LO/LA INCAPACITA PARA DESARROLLAR TODO TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL
- INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL O ENFERMEDAD PERMANENTE INCOMPATIBLE CON EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL

TENIENDO EN CUENTA EL GRADO DE AUTONOMÍA:

- VÁLIDO/A PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
- DEPENDIENTE DE OTRA PERSONA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Lugar y fecha

 , de de

FIRMA, N° DE COLEGIADO/A Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD
MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA

SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS PARA MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
QUE REQUIEREN TRATAMIENTOS CONTINUADOS (ARTÍCULO 5.3)

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D^a.

CERTIFICA

Que una vez efectuado el correspondiente reconocimiento médico a la persona paciente (nombre y apellidos en mayúscula):

EDAD

D./D^a.

QUE PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES (descripción de las enfermedades, de su gravedad y de sus consecuencias y limitaciones):

QUE NECESITA TOMAR LA SIGUIENTE MEDICACIÓN:

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN	DOSIS

QUE NECESITA SOMETERSE A OTRO TIPO DE TRATAMIENTOS QUE PUEDEN OCASIONARLE MAYORES COSTES:

E INFORMO DE QUE ESTÁ AFILIADO/A A LA SIGUIENTE MUTUALIDAD/ENTIDAD SANITARIA:

CON COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO: SUFICIENTE NO SUFICIENTE

Lugar y fecha

 , de de

FIRMA, N° DE COLEGIADO/A Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD
MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA