

SOLICITUDE DE ACCIÓN SOCIAL

Axuda complementaria familiares diminuídos

Nome e Apelidos:	Nº traballador: (a cubrir polo centro)
NIF:	Categoría:
Centro:	Vinculación:

SOLICITA

Axuda complementaria familiares diminuídos (1):

DATA NACEMENTO	APELIDOS E NOME DO/A FAMILIAR

REQUISITO: Percibir o causante, con cargo a Seguridade Social, prestación económica pola súa condición de diminuído ou no caso de xubilado ter recoñecida a libranza para coidados no contorno familiar da lei da dependencia.

(Data e sinatura)

Asdo.: _____

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN ACHEGAR:

(1)

Fotocopia de toma de posesión do centro do que se trate. No caso de estar en comisión de servizos, copia da resolución da concesión.

Fotocopia do libro de familia

No suposto de ascendente, ademais da acta de nacemento e matrimonio, certificado de empadramento, no que figuren as pesoras inscritas no mesmo e que xustifique a convivencia co/coa solicitante.

Fotocopia da resolución de recoñecemento ou grao de minusvalía do causante feita polo Equipo de Valoración e Orientación da correspondente provincia.

Fotocopia da resolución da Dirección Provincial do Instituto Nacional da Seguridade Social da concesión da prestación económica pola condición de diminuído ou no seu caso, para persoas xubiladas ter recoñecida a libranza para coidados no entorno familiar da Lei da Dependencia.