



CONCELLO DE BARBADÁS

SOLICITUDE DE AXUDAS PARA PERSOAS AFECTADAS POLA ENFERMIDADE CELÍACA E INTOLERANTES Á LACTOSA

Tipo de solicitude <input type="checkbox"/> Solicitude inicial <input type="checkbox"/> Renovación anual	(A rexistrar no Concello de Barbadás) Data de entrada: Número de registro:
---	---

PERSOA FÍSICA QUE SOLICITA A AXUDA	Nome	Primer apelido	Segundo Apelido	
	Data de nacemento	D.N.I		
	Representante legal (cubrir no caso dos menores de idade ou discapacitados)		Parentesco co interesado	
	Tipo de Vía	Nome da Vía	Núm.	Piso
	Localidade		Código Postal	
	Provincia	Teléfono	E-mail	

* **Declara** de forma expresa e responsable que comprométo-me a non percibir outras axudas para o mesmo obxecto desta convocatoria durante o ano 2015 e que son certos todos os datos que figuran na presente solicitude.

SOLICITO unha axuda económica por un importe de 400 € para destinar ós gastos extraordinarios que conleva a enfermidade celíaca ou intolerantes á lactosa e adxunto a seguinte documentación:

- Certificación bancaria para a transferencia de axuda.
- D.N.I.** da persoa solicitante.
- Se a persoa solicitante esta incapacitada legalmente: Fotocopia **D.N.I.**, do representante legal.
- Se o solicitante é menor de idade: Fotocopia do libro de familia que acredite o parentesco, acompañado do **D.N.I.** dun ou de ambos os dous proxenitores.
- Informe ou certificado médico acreditativo da condición de enfermo **celíacos** ou intolerante á lactosa.
- Certificado de empadramento onde conste a data de alta no municipio para comprobar a antigüidade.
- Acreditación dos ingresos económicos de todos os membros da unidade familiar

En _____ a ___ de _____ de _____

SR. ALCALDE DO CONCELLO DE BARBADÁS

