

DECLARACIÓN RESPONSABLE
(Axudas de protección sociosanitaria)

(Nome e
apelidos):.....
....., N.I.F.:....., no meu nome ou en representación ⁽¹⁾
de (nome e
apelidos).....
.....
Nº de afiliación a MUFACE, N.I.F.:,

DECLARO, baixo a miña responsabilidade que,

1º.- En relación coa solicitude a MUFACE, de **axuda para a atención a enfermos psiquiátricos crónicos** para D./ Dª

.....
con D.N.I. nº....., incluída no programa do epígrafe 4, obxecto da Resolución do 7 de xullo de 2020, pola que se convoca a concesión de axudas de protección sociosanitaria durante o ano 2020, e en relación cos epígrafes 4.1 e 4.3 da devandita Resolución, cumpro cos seguintes requisitos (marque cunha o que corresponda):

A.- Non teño dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia.

B.- Non teño cuberta a prestación por outras vías, nin percibo axudas polo mesmo concepto por parte doutros organismos públicos ou privados.

2º.- Outras circunstancias que se consideran de interese para a solicitude desta axuda son as que se especifican a continuación:

.....
.....
3º.- Todos os datos consignados son certos e completos. Coñezo as posibles consecuencias negativas que se derivarían da falsidade das miñas declaracións, consecuencias que se encontran descritas na Resolución de convocatoria e na restante normativa aplicable.

E para que así conste, a efectos da miña solicitude de axuda de MUFACE, firmo a presente declaración en ade
..... de.....

Fdo.:

(1) A representación deberá estar debidamente acreditada conforme ao artigo 5 Lei 39/2015, de 1 de outubro, da PAC das AAPP.