



PROCEDEMENTO AXUDAS ASISTENCIAIS INDIVIDUAIS (ANEXO I/2004)	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO EM925A	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	--------------------------------

APELIDO 1º		APELIDO 2º		NOME		Nº DO DNI		
PASAPORTE		CIDADE DE RESIDENCIA			CÓDIGO POSTAL		PAÍS	
ENDEREZO (RÚA E NÚMERO)						TELÉFONO		
DATA DE NACEMENTO		CONCELLO DE NACEMENTO			NOME DA ENTIDADE NA QUE PRESENTA A SOLICITUDE E SELO			
PROVINCIA DE NACEMENTO		ESTADO CIVIL		NACIONALIDADE				
ANO DE EMIGRACIÓN		ÚLTIMO ANO NO QUE ESTIVO EN ESPAÑA			COBERTURAS MÉDICAS QUE POSÚE (INDICAR O NOME)			

SUPOSTO POLO QUE SOLICITA A AXUDA (CUBRIR SÓ UN DOS RECADROS)

A) AXUDAS PARA NATURAIS DE GALICIA, MENORES DE 65 ANOS, EN SITUACIÓN DE:

- ☐ INVALIDEZ OU ENFERMIDADE PERMANENTE (ART. 3.1).
☐ PARO XENERALIZADO NA UNIDADE FAMILIAR (ART. 3.2).

B) AXUDAS PARA NATURAIS DE GALICIA, MAIORES DE 65 ANOS, EN SITUACIÓN DE:

- ☐ COBERTURA MEDICINAS CUN CUSTO ELEVADO PARA ENFERMIDADES CRÓNICAS OU GRAVES (ART. 4.1).
☐ PARA LLES FACILITAR AOS EMIGRANTES DE IDADE AVANZADA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, O ACCESO A COIDADOS DE TERCEIROS. (ART. 4.2).

C) AXUDAS PARA NATURAIS DE GALICIA, CASOS DE INFORTUNIO FAMILIAR, EN SITUACIÓN DE:

- ☐ PADECER UNHA ENFERMIDADE GRAVE CON NECESIDADE DE ATENCIÓN URXENTE OU EN SITUACIÓN DE GRAN INVALIDEZ, INCAPACIDADE PERMANENTE ABSOLUTA... (ART. 5.1), INDICAR O NOME E PARENTESCO DA PERSOA QUE ESTEA NECESITADA DE ACTUACIÓN URXENTE: _____
☐ INFORTUNIO FAMILIAR POR AFECTACIÓN GRAVE DA COBERTURA DE VIVENDA (ART. 5.2).

D) AXUDAS PARA ORFOS DE NATURAIS DE GALICIA, MENORES DE 40 ANOS, EN SITUACIÓN DE:

- ☐ ENFERMIDADE CONXÉNITA INVALIDANTE, INCAPACIDADE PERMANENTE ABSOLUTA OU GRANDE INVALIDEZ (ART. 6.1).

O/A solicitante autoriza a persoa habilitada para o efecto, do centro coordinador sinalado a continuación, segundo área de residencia, para presentar esta solicitude a través do Rexistro Telemático da Xunta de Galicia:

En Argentina:

- ☐ Oficina Delegada da Consellería de Emigración no Centro Galego de Bos Aires

En Brasil:

- ☐ Peña Galega de Casa de España de Río de Xaneiro
☐ Real Sociedade Española de Beneficiencia de Salvador-Bahía

En Cuba:

- ☐ Oficina Administradora de Comunidades Galegas, Centro Galego da Habana

En Uruguai:

- ☐ Casa de Galicia de Montevideo
☐ Unión de Sociedades Galegas de Montevideo

En Venezuela:

- ☐ Irmandade Galega de Caracas

_____, DE _____ DE _____
SINATURA DO/A SOLICITANTE

RAZOAMENTO DETALLADO DAS CAUSAS POLAS QUE SOLICITA A AXUDA

OUTROS DATOS

¿RECIBÍU OU TEN SOLICITADA NO 2004 ALGUNHA AXUDA DAS SEGUINTES ADMINISTRACIÓNS?

EN CASO AFIRMATIVO, TIPO DE AXUDA E CONTÍA ANUAL SOLICITADA OU RECIBIDA EXPRESAMENTE NA MOEDA DO PAÍS EN QUE RESIDE (especificar se é solicitada ou recibida)

DO ESTADO ESPAÑOL:

SI ☐ NON ☐

DO OUTROS ORGANISMOS OU ENTES PÚBLICOS: SI ☐ NON ☐

INDICAR ORGANISMO

¿FOI BENEFICIARIO DAS PENSIÓNS ASISTENCIAIS POR ANCIANIDADE?

SI ☐ NON ☐

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR A ÚLTIMA DATA DE PERCEPCIÓN

¿TEN SOLICITADA PENSIÓN ASISTENCIAL POR ANCIANIDADE NO 2004?

SI ☐ NON ☐

OUTROS FAMILIARES COS QUE CONVIVE O/A SOLICITANTE

APELIDOS

NOME

PARENTESCO

IDADE

INGRESOS MENSUAIS
(MOEDA DO PAÍS)

PROCEDENCIA

INGRESOS MENSUAIS DO SOLICITANTE {

TOTAL INGRESOS MENSUAIS DA UNIDADE FAMILIAR

--

PROPIEDADES OU EMPRESAS QUE POSÚEN OS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR, ESPECIFICANDO ENDEREZO

O/A solicitante **DECLARA BAIXO XURAMENTO/PROMESA** seren certos os datos sinalados na presente solicitude e que reúne todos os requisitos exixidos na convocatoria do programa “AXUDAS ASISTENCIAIS INDIVIDUAIS”.

_____, ____ de _____ de _____.

SINATURA DO/A SOLICITANTE

ANEXO II

SUPOSTO DE AXUDA: ESTAR EN SITUACIÓN DE INVALIDEZ OU ENFERMIDADE PERMANENTE (ART. 3.1)

CERTIFICADO MÉDICO

APELIDOS E NOME DO/A FACULTATIVO/A	
CENTRO OU ENTIDADE GALEGA/ESPAÑOLA OU DE SAÚDE PÚBLICA OFICIAL NA QUE PRESTA OS SEUS SERVIZOS	
ESPECIALIDADE	Nº COLEXIADO
ENDEREZO DO CENTRO	
CIDADE	

INFORMA:

Que efectuado o correspondente recoñecemento médico a D/Dª _____

CERTIFICO

- Que padece as seguintes enfermidades: _____

Para as que necesita seguir o seguinte tratamento: _____

cun custo mensual de _____ (moeda do país) que considero é: ☐ NORMAL ☐ ALTO

- Que ten as seguintes minusvalideces: _____

Debido ao exposto, o/a paciente encóntrase nunha situación de:

- 1) ☐ INVALIDEZ QUE O INCAPACITE PARA DESENVOLVER CALQUERA TIPO DE ACTIVIDADE LABORAL.
- 2) ☐ ENFERMIDADE PERMANENTE QUE O INCAPACITE PARA DESENVOLVER CALQUERA TIPO DE ACTIVIDADE LABORAL.
- 3) ☐ PODE DESENVOLVER ACTIVIDADES LABORAIS.

Tendo o grao de autonomía:

- ☐ AUTOVÁLIDO.
- ☐ DEPENDENTE DE TERCEIROS PARA AS SÚAS NECESIDADES BÁSICAS.

Outras observacións:

_____, ____ de _____ de _____

Sinatura e selo do facultativo

SELO DA ENTIDADE

REFERENDO DA ENTIDADE MÉDICA
GALEGA/ESPAÑOLA

ANEXO III

SUPOSTO DE AXUDA: COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMIDADES CRÓNICAS OU GRAVES (ART. 4.1)

CERTIFICADO MÉDICO

APELIDOS E NOME DO/DA FACULTATIVO/A	
CENTRO OU ENTIDADE GALEGA/ESPAÑOLA OU DE SAÚDE PÚBLICA OFICIAL NA QUE PRESTA OS SEUS SERVIZOS	
ESPECIALIDADE	Nº COLEXIADO
ENDEREZO DO CENTRO	
CIDADE	

INFORMA:

Que efectuado o correspondente recoñecemento médico a D/Dª _____

CERTIFICO

- Que padece as seguintes enfermidades: _____

Que ten carácter: ☐ CRÓNICO ☐ GRAVE ☐ TEMPORAL OU NON GRAVE

- Para as que necesita seguir o seguinte tratamento:

NOME TRATAMENTO / MEDICINAS

CUSTO MENSUAL (MOEDA DO PAÍS)

SUMA

- Que considero son: ☐ ELEVADOS ☐ MOI ELEVADOS ☐ NIN ELEVADOS NIN MOI ELEVADOS

ADEMAIS, FORMULO AS SEGUINTE OBSERVACIÓNS:

_____, ____ de ____ de ____

Sinatura e selo do facultativo

SELO DA ENTIDADE

REFERENDO DA ENTIDADE MÉDICA
GALEGA/ESPAÑOLA

ANEXO IV

**SUPOSTO DE AXUDA: AXUDAS PARA LLES FACILITAR AOS EMIGRANTES EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA O ACCESO A COIDADOS DE TERCEIROS, CON ASISTENCIA DOMICILIARIA E
ATENCIÓN NO FOGAR, (ART. 4.2)**

CERTIFICADO MÉDICO

APELIDOS E NOME DO/A FACULTATIVO/A	
CENTRO UO ENTIDADE GALEGA/ESPAÑOLA OU DE SAÚDE PÚBLICA OFICIAL NA QUE PRESTA OS SEUS SERVIZOS	
ESPECIALIDADE	Nº COLEXIADO
ENDEREZO DO CENTRO	
CIDADE	

INFORMA:

Que efectuado o correspondente recoñecemento médico a D/Dª _____

CERTIFICO

- Que padece as seguintes enfermidades/ten as seguintes minusvalideces: _____

Para as que necesita seguir o seguinte tratamento: _____

Debido ao exposto, o/a paciente encóntrase nunha situación de dependencia de terceiras persoas que fai que necesite de coidados de terceiros con grao de dependencia:

- 1) ☐ MEDIA.
2) ☐ ALTA.
3) ☐ NON SE APRECIA DEPENDENCIA DE TERCEIROS.

OUTRAS OBSERVACIÓNS:

_____, ____ de _____ de _____.

Sinatura e selo do facultativo

SELO DA ENTIDADE

REFERENDO DA ENTIDADE MÉDICA
GALEGA/ESPAÑOLA

ANEXO V

SUPOSTO DE AXUDA: ESTAR O SOLICITANTE, CÓNXUXE OU FILLOS PADECENDO UNHA ENFERMIDADE GRAVE CON NECESIDADE DE ATENCIÓN URXENTE OU EN SITUACIÓN DE GRANDE INVALIDEZ, INCAPACIDADE PERMANENTE ABSOLUTA OU ENFERMIDADE CONXÉNITA INVALIDANTE E CAREZA DA CORRESPONDENTE COBERTURA PARA O SEU TRATAMENTO OU ATENCIÓN MÉDICA (ART. 5.1)

CERTIFICADO MÉDICO

APELIDOS E NOME DO/A FACULTATIVO/A

CENTRO OU ENTIDADE GALEGA/ESPAÑOLA OU DE SAÚDE PÚBLICA OFICIAL NA QUE PRESTA OS SEUS SERVIZOS

ESPECIALIDADE

Nº COLEXIADO

ENDEREZO DO CENTRO

CIDADE

INFORMA:

Que efectuado o correspondente recoñecemento médico a D/Dª _____

CERTIFICO

- Que padece as seguintes enfermidades/ten as seguintes minusvalideces: _____

Para as que necesita seguir o seguinte tratamento: _____

Debido ao exposto, o/a paciente encóntrase/padece:

1) ☐ Unha enfermidade grave que precisa da seguinte actuación urxente, de carácter excepcional: _____

cun custo total de _____ (moeda do país) que considero: ☐ ALTO ☐ MOI ALTO

2) ☐ En situación de grande invalidez.

3) ☐ Ten unha incapacidade permanente absoluta.

4) ☐ Padece una enfermidade conxénita invalidante.

Ademais, formulo as seguintes observacións:

_____, ____ de _____ de _____.

Sinatura e selo do facultativo

SELO DA ENTIDADE

REFERENDO DA ENTIDADE MÉDICA
GALEGA/ESPAÑOLA

ANEXO VI

**SUPOSTO DE AXUDA: AXUDAS PARA PALIAR SITUACIÓNS DE NECESIDADE EN CASOS DE
ENFERMIDADE CONXÉNITA INVALIDANTE, INCAPACIDADE PERMANENTE ABSOLUTA OU
GRANDE INVALIDEZ, AOS FILLOS DE NATURAIS DE GALICIA (ART. 6)**

CERTIFICADO MÉDICO

APELIDOS E NOME DO/A FACULTATIVO/A	
CENTRO OU ENTIDADE GALEGA/ESPAÑOLA OU DE SAÚDE PÚBLICA OFICIAL NA QUE PRESTA OS SEUS SERVIZOS	
ESPECIALIDADE	Nº COLEXIADO
ENDEREZO DO CENTRO	
CIDADE	

INFORMA:

Que efectuado o correspondente recoñecemento médico a D/Dª _____

CERTIFICO

- Que padece as seguintes enfermidades / ten as seguintes minusvalideces: _____

Para as que necesita seguir o seguinte tratamento: _____

Debido ao exposto, o/a paciente encóntrase nunha situación de:

- 1) ☐ GRANDE INVALIDEZ.
2) ☐ INCAPACIDADE PERMANENTE ABSOLUTA.
3) ☐ ENFERMIDADE CONXÉNITA INVALIDANTE.

A consecuencia da que padece unha invalidez / incapacidade / enfermidade de gravidade: ☐ MEDIA ☐ ALTA

Ten o grao de autonomía:

- ☐ AUTOVÁLIDO.
☐ DEPENDENTE DE TERCEIROS, SENDO O GRAO DE DEPENDENCIA: ☐ MEDIA ☐ ALTA

Outras observacións:

_____, ____ de _____ de _____
Sinatura e selo do facultativo

SELO DA ENTIDADE

REFERENDO DA ENTIDADE MÉDICA
GALEGA/ESPAÑOLA