

ANEXO VI (Art. 48)**DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LOS REQUISITOS QUE DIERON LUGAR AL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA LIBRANZA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR**

En caso de que los cuidados fuesen prestados en el período por más de un cuidador, se cubrirán los datos por período y cuidador, y se acreditará documentalmente que se cumplieron, respecto a cada uno de ellos, los deberes en materia de seguridad social, de parentesco (art. 48), edad (DNI/NIE/PASAPORTE), residencia legal (certificado), en su caso, y certificado de empadronamiento.

BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN:		
Nombre y apellidos:		DNI:
PERÍODO AL QUE SE REFIERE LA DECLARACIÓN:		
MES DE _____	DE ____	AL MES DE _____ DE ____
DECLARACIÓN RESPONSABLE:		
Nombre y apellidos:		DNI:
Actúan en calidad de:		
Beneficiario de la prestación <input type="checkbox"/> Representante <input type="checkbox"/>		
Declara bajo su responsabilidad:		
Que durante el período al que hace referencia esta declaración se mantuvieron los requisitos que dieron lugar en su día al reconocimiento del derecho a la libranza para cuidados en el entorno familiar.		
Que durante dicho período los cuidados fueron prestados por los cuidadores que se indican a continuación:		
PERÍODO	NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN PRESTÓ LOS CUIDADOS	DNI/NIE/PASAPORTE/OTROS
Desde // hasta //		
Desde // hasta //		
Desde // hasta //		
Y para que así conste y surta los efectos oportunos ante el Departamento Territorial de la Consellería de Trabajo y Bienestar de _____, firmo la presente declaración en _____, _____ de _____ de ____.		
Firmado: _____		
DEPARTAMENTO TERRITORIAL DE LA CONSELLERÍA DE TRABAJO Y BIENESTAR DE _____		

ANEXO VII (Art. 49)**DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LOS REQUISITOS QUE DIERON LUGAR AL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSONAL**

En caso de que la asistencia fuese prestada en el período por más de un asistente personal, se cubrirán los datos por período y asistente personal, y se acreditará documentalmente el certificado de la Seguridad Social que acredite que el asistente personal continúa reuniendo las condiciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social y el duplicado del original de las facturas emitidas, cuando el cuidador sea autónomo o esté contratado a través de una empresa dedicada a este objeto.

BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN:		
Nombre y apellidos:		DNI:
PERÍODO AL QUE SE REFIERE LA DECLARACIÓN:		
MES DE _____	DE ____	AL MES DE _____ DE ____
DECLARACIÓN RESPONSABLE:		
Nombre y apellidos:		DNI:
Actúan en calidad de:		
Beneficiario de la prestación <input type="checkbox"/> Representante <input type="checkbox"/>		
Declara bajo su responsabilidad:		
Que durante el período al que hace referencia esta declaración se mantuvieron los requisitos que dieron lugar en su día al reconocimiento del derecho a la libranza de asistencia personal.		
Que durante dicho período, la asistencia fue prestada por las personas que se indican a continuación:		
PERÍODO	NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN PRESTÓ LA ASISTENCIA	DNI/NIE/PASAPORTE/OTROS
Desde // hasta //		
Desde // hasta //		
Desde // hasta //		
Y para que así conste y surta los efectos oportunos ante el Departamento Territorial de la Consellería de Trabajo y Bienestar de _____, firmo esta declaración en _____, _____ de _____ de ____.		
Firmado: _____		
DEPARTAMENTO TERRITORIAL DE LA CONSELLERÍA DE TRABAJO Y BIENESTAR DE _____		