

## ANEXO II

### DECLARACIÓN DE LA PERSONA GUARDADORA DE HECHO (REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA)

AYUDAS DIRIGIDAS A PERSONAS CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN LA COMUNIDAD  
AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

D./D.<sup>a</sup>  , mayor de edad, con DNI/NIE

fecha de nacimiento  y domicilio en

de la localidad  , C.P.  , provincia de

con teléfonos de contacto

En calidad de [1]  , a los efectos de poder representar ante la Consejería de Salud y Servicios Sociales

de la Junta de Extremadura, D./D.<sup>a</sup>  , mayor de edad, con

DNI/NIE  , localidad de nacimiento  , provincia de

Y con domicilio en  , de la localidad

C.P.  , provincia de

DECLARA bajo su responsabilidad:

1º Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona interesada, anteriormente citada, o actuará como representante voluntario/a.

2º Que pondrá en conocimiento de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura de forma inmediata cualquier cambio que, en relación de la guarda de dicha persona, pueda acaecer en el futuro.

En  , a  de  de 20

Fdo.

[1] Indique parentesco con respecto a la persona a la que representa voluntariamente (hijo/a, sobrino/a, nuera/yerno, etc.)