Atención! Este formulario puede ser impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo sitúe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

Comunidad de Madrid

Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL

ANEXO 2 - Declaración de guardador de hecho

(Ayudas para el fomento de la autonomía personal y la promoción de la accesibilidad a personas con discapacidad en situación de dificultad o vulnerabilidad social)

1. Datos del representado

NIF/NIE		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre					

2. Datos del guardador de hecho

NIF/NIE		Primer Apellido		Segundo Apellido			
Nombre		Relación de parentesco con el interesado					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº		Bloque	
Escalera		Piso		Puerta		Localidad	
CP		Provincia		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

A EFECTOS DE PODER REPRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID a la persona cuyos datos se han informado en el apartado Datos del representado, la persona abajo firmante, cuyos datos se han informado en el apartado Datos del guardador de hecho**, DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:**

1ª) Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan ……
……..
……..

2º) Que a su juicio dicha persona no tiene capacidad de autogobierno

3º) Que el/la presunto/a incapaz tiene los siguientes familiares

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	DIRECCIÓN

4º) Que se compromete, supuesto que prospere la solicitud que tiene formulada a favor del/de la interesado/a, a administrar las prestaciones que se le pudieran reconocer a éste y a destinarlas a la atención y cuidado del mismo.

5º) Qué pondrá en conocimiento de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de forma inmediata cualquier cambio que en relación a la custodia pueda acaecer en el futuro, asumiendo las resultas que pudieran devenir por efecto de la resolución judicial sobre la declaración de incapacidad.

En Madrid, a……05. de julio……..… de….2025

FIRMA

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

Modelo: 868FA2

Limpiar campos | Imprimir | Guardar