DECLARACIÓN DE GUARDADOR/A DE HECHO

D./Dña. ................................................................................................................. mayor de edad, con domicilio en ..........................Calle/Avda/Plaza............................................. Núm ........ provincia de ................................................ D.N.I. /N.I.E./Pasaporte Núm ................................... a los efectos de poder representar ante la Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas en el expediente de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia a favor de:

D./Dña ...................................................................... hijo/a de .......................................... y de .................................................., con domicilio en ............................., Calle/Avda/Plaza …………… …............................................... núm ........... provincia de ................................................ y D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm ................................

**DECLARA** bajo su responsabilidad:

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Que a su juicio dicha persona precisa de apoyos en el ejercicio de su capacidad.

3. Que D / Dña. …………………………………………………………………. tiene los siguientes familiares:

Nombre y Apellidos Edad Parentesco Dirección

………………………………................... ………… ……….……………… ……………………………………….

……………………………………………….. ………… ………………………. ……………………….................

……………………………………………….. …………. ………………………. ……………………….................

4. Que el ejercicio de la guarda por su parte es cuestión pacífica que conocen y no discuten otros familiares o terceras personas.

5. Que, en el supuesto de que prospere la solicitud que tiene formulada en nombre de la persona indicada, asume la obligación de administrar los derechos que pudieran reconocerse con la debida diligencia y conforme a los derechos, deseos, voluntad y preferencias de la misma. Asimismo, se compromete a comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y familiares, ya que pueden tener incidencia en los derechos que en su caso se reconozcan.

6. Que pondrá en conocimiento de la Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas de forma inmediata cualquier cambio que, en relación al sistema de apoyo a D / Dña. pueda acaecer en el futuro.

...................................., a ........ de ............................ de 20....

Firma