

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE DATOS PERSONALES

Indiquen en la tabla siguiente los datos de la persona incluida en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos destinataria del proyecto INTecum y los de las personas con las que conviva indicando relación de parentesco.

Las personas integrantes de la unidad familiar que se relaciona a continuación, declaran responsablemente que conviven en el mismo domicilio y que perciben mensualmente los ingresos que figuran, autorizando con su firma la consulta telemática, o a través de otros medios, de sus datos de identidad, residencia en el servicio de verificación de datos de residencia y datos económicos necesarios para determinar la capacidad económica de la unidad familiar, procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades Gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social y otros organismos públicos.

No es necesaria la firma de los menores de edad o mayores que cuenten con tutor, curador o guardador de hecho a estos efectos. En este caso, la autorización la presta con su firma la persona que ostenta la patria potestad, tutela, curatela o guarda de hecho. Si alguna de las personas relacionadas a continuación se encuentra en esa situación, indíquelo en el apartado de la firma.

Persona incluida en el PAI de CP destinataria del proyecto INTecum Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha de nacimiento: _____ Ingresos: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____ Ingresos: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____ Ingresos: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____ Ingresos: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____ Ingresos: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____ Ingresos: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____ Ingresos: _____	Firma:
Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____ Ingresos: _____	Firma:

Continúa en el reverso

Si alguna de las personas relacionadas en la tabla percibe **pensión de gran invalidez**, de **incapacidad absoluta**, **pensiones del extranjero**, **pensiones compensatorias** en caso de separación o divorcio o **pensiones alimenticias**, indique el **importe mensual actual y el importe anual de los dos años anteriores**. (Si recibe pensiones compensatorias, de alimentos o del extranjero, aporte documentación acreditativa).

Si los ingresos son 0 cumplimente 0