

MODELO DECLARACIÓN DE GUARDADOR/A DE HECHO  
Reconocimiento del grado de discapacidad

D./Dña. ...., con D.N.I.  
nº ....., con domicilio en ..... de la  
provincia de .....

DECLARA QUE:

D./Dña. ...., con D.N.I. nº  
..... y domicilio en ..... de la  
provincia de ..... es mi representante y guardador/a de hecho a los  
efectos de solicitar, tramitar y gestionar el reconocimiento por parte de la  
administración competente el grado de discapacidad, así como para recoger la  
tarjeta que lo acredita, y demás acciones que hubiese que realizar para obtener los  
beneficios establecidos en la Ley.

Y para que así conste, firmo la presente en ..... a ..... de ..... 202....

D./Dña. .... (BENEFICIARIO)	D./Dña. .... (GUARDA DE HECHO)
--------------------------------	-----------------------------------