



## Junta de Castilla y León

Consejería de Familia  
e Igualdad de Oportunidades  
Gerencia de Servicios Sociales

### DECLARACIÓN REPRESENTANTE EN CASOS DE PRESUNTA INCAPACIDAD

D/D<sup>a</sup>....., mayor de edad, con domicilio en.....Calle/Avenida/Plaza.....número....., provincia de....., D.N.I./NIE n°....., a los efectos de poder representar a D/D<sup>a</sup>....., con DNI/NIE....., en el expediente de solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones correspondientes, bajo su responsabilidad, DECLARA:

1. Que a su juicio la persona anteriormente citada no tiene capacidad de autogobierno.
2. Que el presunto incapaz tiene los siguientes familiares:

Nombre y Apellidos	Edad	Parentesco	Dirección

3. Que en tanto en cuanto no exista pronunciamiento judicial sobre su posible incapacitación, solicita se le considere como interlocutor o representante de dicha persona en el procedimiento que se inicia ante la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de la provincia de.....
4. Que pondrá en conocimiento de la Gerencia de Servicios Sociales de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la situación de dicha persona pueda producirse.
5. Queda enterado que, a los efectos de lo previsto en el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, este escrito se pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Fecha y firma