Ayuntamiento de
El Castillo de las Guardas

DECLARACIÓN EXPRESA RESPONSABLE DE INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (PROGRAMA ALIMENTOS CRUZ ROJA)

D/ Dña. _____ con NIF/NIE _____ domiciliado en C/ _____N.º _____ C.P._____ y localidad _____ a efectos de la documentación necesaria para la participación en el Programa de Alimentos de Cruz Roja.

DECLARO BAJO SU RESPONSABILIDAD

Que la suma de los ingresos económicos líquidos percibidos por la Unidad Familiar durante los 6 meses anteriores a la solicitud es de _____. Detallar su procedencia según miembros de la Unidad Familiar (incluida la persona solicitante).

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	PROCEDENCIA	INGRESOS
	Persona solicitante		

Y para que así conste y surta los efectos oportunos

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo._____