

Documento de identidad:	() DNI N° :																		
	() C.E. N° :																		
Edad años																		
Relación con la presunta víctima de feminicidio:												() Hijo/a							
												() Persona con discapacidad moderada o severa dependiente							

Marcar con una (x) la opción que corresponda.

Apellido paterno :																			
Apellido materno :																			
Prenombres :																			
Documento de identidad:	() DNI N°:																		
	() C.E. N° :																		
Edad años																		
Relación con la víctima presunta víctima de feminicidio:												() Hijo/a							
												() Persona con discapacidad moderada o severa dependiente							

Marcar con una (x) la opción que corresponda.

Apellido paterno :																			
Apellido materno :																			
Prenombres :																			
Documento de identidad:	() DNI N°:																		
	() C.E. N° :																		
Edad años																		
Relación con la presunta víctima de feminicidio:												() Hijo/a							
												() Persona con discapacidad moderada o severa							

Marcar con una (x) la opción que corresponda.

VI. DATOS DE LA PERSONA ADMINISTRADORA:

Apellido paterno																			
Apellido materno																			
Prenombres																			
Domicilio	(Calle/Jirón/Avenida)					(Nº/ Dpto./Int./Mz./Lt. /Bloque)					(Urb./AA.HH/P.J/Cooperativa)								
	(Distrito)					(Provincia)					(Departamento)								
Teléfono	Celular																		
	Fijo:																		
Documento de identidad:	() DNI N° :																		
	() C.E. N° :																		
Correo electrónico (opcional)@.....																		
Parentesco familiar con los/as beneficiarios/as	() Padre																		
	() Abuelo/a																		
	() Pariente consanguíneo:(precisar)																		
	() Pariente por afinidad:(precisar)																		
Título o cargo asignado por la autoridad administrativa o judicial competente	() Por acogimiento familiar																		
	() Tutor/a																		

VII. DECLARACIÓN JURADA FORMULADA POR LA PERSONA SOLICITANTE DE LA ASISTENCIA ECONÓMICA QUE DECLARA QUE LAS VÍCTIMAS INDIRECTAS DE FEMINICIDIO NO ES BENEFICIARIA DE LA ATENCIÓN DE UN CENTRO DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL - CAR

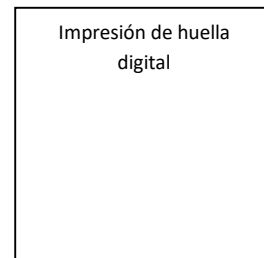
El/la suscrito/a declara bajo juramento que la/s persona/s por la/s cual/es recorro no es/son beneficiaria/s de la atención de un Centro de Acogimiento Residencial - CAR

VIII. DECLARACIÓN JURADA DE DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LA VÍCTIMA INDIRECTA DE FEMINICIDIO, CUANDO SE TRATE DE PERSONA CON DISCAPACIDAD MODERADA O SEVERA:

El/la suscrito/a declara bajo juramento que la/s persona/s por la/s cual/es recorro mantenía/n dependencia económica de la presunta víctima de feminicidio.

IX. DOCUMENTACIÓN QUE SUSTENTA LA PRESENTE SOLICITUD (EN CASO SE CUENTE CON ELLO):

- a)(en folio)
- b)(en folio)
- c)(en folio)
- d)(en folio)
- e)(en folio)
- f)(en folio)
- g)(en folio)



.....
(FIRMA DE SOLICITANTE)

Suscribo el presente documento señalando que la información consignada, así como la documentación adjunta al mismo es verdadera; en caso de resultar falsa, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal y del artículo 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS; autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada.