

## SOLICITUD DE AYUDA A DOMICILIO Y/O TELEASISTENCIA Y/O CATERING SOCIAL

### 1.- DATOS DEL TITULAR

|                      |                                    |                                       |                   |
|----------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| <b>APELLIDOS:</b>    |                                    | <b>NOMBRE:</b>                        |                   |
| <b>N.I.F./N.I.E:</b> | <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b><br>/ / | <b>ESTADO CIVIL:</b>                  | <b>SEXO:</b>      |
| <b>TFNO.:</b>        |                                    | <b>CORREO ELECTRONICO (opcional):</b> |                   |
| <b>DOMICILIO:</b>    | <b>C.P.</b>                        | <b>LOCALIDAD:</b>                     | <b>PROVINCIA:</b> |

### 2.-DATOS DEL REPRESENTANTE (A cumplimentar si la solicitud se firma por persona distinta del interesado).

|                                |                                    |                                                                                                          |  |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>APELLIDOS:</b>              |                                    | <b>NOMBRE:</b>                                                                                           |  |
| <b>N.I.F./N.I.E./PASAPORTE</b> | <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b><br>/ / | <b>REPRESENTACIÓN QUE OSTENTA:</b><br>Legal <input type="checkbox"/> Voluntaria <input type="checkbox"/> |  |
| <b>NACIONALIDAD:</b>           | <b>SEXO:</b>                       | <b>CORREO ELECTRONICO (opcional):</b>                                                                    |  |
| <b>DOMICILIO:</b>              |                                    | <b>LOCALIDAD:</b>                                                                                        |  |
| <b>C.P.:</b>                   | <b>PROVINCIA:</b>                  | <b>TFNO/S.:</b> /                                                                                        |  |

### 3.-DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

☐ Coincide con el domicilio indicado por el titular

|                   |                   |              |                   |
|-------------------|-------------------|--------------|-------------------|
| <b>DOMICILIO:</b> | <b>LOCALIDAD:</b> | <b>C.P.:</b> | <b>PROVINCIA:</b> |
|-------------------|-------------------|--------------|-------------------|

### 4.-TIPO DE SERVICIO O MODIFICACIÓN SOLICITADA

|                                                                                                                                      |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALTA SERVICIO DE TELEASISTENCIA (Completar Anexo I y II)                                                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> ALTA SERVICIO DE CATERING SOCIAL (Completar Anexo I y II)                                                   |                                         |
| <input type="checkbox"/> ALTA O MODIFICACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (Completar Anexo I y II)                              |                                         |
| Marcar con una x la casilla correspondiente                                                                                          | Nº de horas mensuales que desea recibir |
| <input type="checkbox"/> Recibir el servicio: <input type="checkbox"/> Servicio Personal <input type="checkbox"/> Servicio Doméstico |                                         |
| <input type="checkbox"/> Aumento de horas <input type="checkbox"/> Reducción nº de horas                                             | (1)                                     |

(1) Señale el número total de horas mensuales que desea recibir, incluyendo las que ya recibe.

### 5.-REVISIÓN DE SITUACIÓN:

|                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cambio grado dependencia<br><input type="checkbox"/> Cambio capacidad económica<br><input type="checkbox"/> Cambio situación sociofamiliar (cambio domicilio, unidad familiar, etc..) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**6.-SERVICIO EN EL QUE SOLICITA BAJA**

- ☐ Ayuda a domicilio
- ☐ Teleasistencia
- ☐ Catering Social

Señale el motivo de la baja:

- ☐ Por propia voluntad del interesado o de su representante legal.
- ☐ Traslado definitivo del usuario a una localidad no integrada en la Mancomunidad.
- ☐ Fallecimiento del usuario.
- ☐ Acceso del usuario a otro servicio incompatible con la prestación

**DECLARO**

- a) Que me comprometo a comunicar cualquier variación que se produjera en las circunstancias indicadas en la presente solicitud y anexos.
- b) Declaro que todos los datos facilitados son ciertos, que he leído las advertencias legales y que acepto las condiciones particulares expresadas, por lo que solicito se admita a trámite esta instancia.

En....., a.....de.....de .....

Firma,

**A LA PRESIDENCIA DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA - LOS VALLES**

Sus datos personales serán usados para registrar y atender su solicitud, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Comunicaremos sus datos a terceras entidades cuando ello sea necesario para tramitar su solicitud o cuando una norma con rango de ley así lo exija. Conservaremos sus datos mientras nos obliguen las leyes aplicables. Puede ejercitar sus derechos de protección de datos realizando una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA - LOS VALLES, B° La Teja 193 A Bajo, CP 39530, Puente San Miguel (Cantabria). También puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección: [dpd@audidat.com](mailto:dpd@audidat.com). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos [www.aepd.es](http://www.aepd.es).

### ANEXO III.

#### RELACIÓN DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (Si procede en caso de alta o modificación)

| DATOS PERSONALES                              | 1                                                                                         | 2                                                                                         | 3                                                                                         | 4                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE                                        |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |
| 1º APELLIDO                                   |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |
| 2º APELLIDO                                   |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |
| PARENTESCO                                    |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |
| FECHA NACIMIENTO                              | / /                                                                                       | / /                                                                                       | / /                                                                                       | / /                                                                                       |
| NIF/NIE                                       |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |
| ESTADO CIVIL                                  | ...                                                                                       | ...                                                                                       | ...                                                                                       | ...                                                                                       |
| SEXO                                          |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |
| SERVICIOS<br>PRESTADOS POR LA<br>MANCOMUNIDAD | SAD <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/><br>CAT <input type="checkbox"/> | SAD <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/><br>CAT <input type="checkbox"/> | SAD <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/><br>CAT <input type="checkbox"/> | SAD <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/><br>CAT <input type="checkbox"/> |
| TELEFONO                                      |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |

#### **ANEXO IV. DOCUMENTACIÓN APORTADA.**

##### **DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:**

- ☐ Documento Nacional de Identidad del solicitante y de todos los miembros de la unidad de convivencia.
- ☐ Tarjeta Sanitaria.
- ☐ Certificado de empadronamiento y convivencia.
- ☐ Declaración de IRPF del último año, en su defecto, certificación negativa expedida por la Delegación de Hacienda, del solicitante y su cónyuge u otra forma de relación análoga a la conyugal.
- ☐ Certificaciones emitidas por entidades y organismos competentes de los ingresos que por cualquier concepto perciban el solicitante y su cónyuge u otra forma de relación análoga a la conyugal (pensiones, nóminas, desempleo, rentas de capital, etc)
- ☐ Certificado catastral de bienes rústicos y urbanos, del Ayuntamiento donde figure empadronado el solicitante.
- ☐ Certificado de intereses de cuentas bancarias y otras modalidades de ahorro
- ☐ Informe médico del interesado y de cualquier otro miembro de la familia que se considere oportuno según Anexo V. Las personas que aleguen discapacidad presentarán el certificado del órgano competente donde se reconozca la citada discapacidad.
- ☐ Justificante de gastos de vivienda (alquiler o hipoteca)
- ☐ Documento para domiciliación bancaria de la cuota de SAD (anexo VII).

##### **DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE TELEASISTENCIA:**

- ☐ Documento Nacional de Identidad del solicitante.
- ☐ Informe Médico según Anexo V.
- ☐ Certificado de empadronamiento.
- ☐ Tarjeta sanitaria.
- ☐ Documento de domiciliación bancaria de la cuota de TAD (anexo VI).

##### **DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE CATERING SOCIAL:**

- ☐ Documento Nacional de Identidad del solicitante.
- ☐ Informe médico según Anexo VI. Las personas que aleguen discapacidad presentarán el certificado del órgano competente donde se reconozca la citada discapacidad.
- ☐ Documento para domiciliación bancaria de la cuota de CAT (anexo VII).

## Anexo V. Informe de los servicios médicos. SAD-TAD

### DATOS DEL SOLICITANTE

| PRIMER APELLIDO      | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE                         | FECHA NACIMIENTO |
|----------------------|------------------|--------------------------------|------------------|
|                      |                  |                                | / /              |
| ZONA BÁSICA DE SALUD |                  | UNIDAD BÁSICA DE ACCIÓN SOCIAL |                  |
|                      |                  |                                |                  |

### VALORACIÓN

#### MÉDICA

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL** (proceso que desencadena la incapacidad motivo de la petición):

| ENFERMEDAD PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                                   | ESTADO FUNCIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aguda sin secuelas. <input type="checkbox"/><br>Aguda con secuelas poco invalidantes. Crónica evolutiva lenta. <input type="checkbox"/><br>Aguda con secuelas invalidantes. Crónica con evolución rápida. <input type="checkbox"/>                     | Asintomático. <input type="checkbox"/><br>Clínica mínima (no afectación AVD). <input type="checkbox"/><br>Clínica severa (afectación AVD >50%). <input type="checkbox"/><br>Encamado >50%. <input type="checkbox"/><br>Encamado el 100% del tiempo. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO                                                                                                                                                                                                                           | PATOLOGÍA ASOCIADA (actual)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 35-30 sin afectación cognitiva. <input type="checkbox"/><br>30-20 discreta afectación cognitiva. <input type="checkbox"/><br>20-10 moderada afectación cognitiva. <input type="checkbox"/><br>«10 grave afectación cognitiva. <input type="checkbox"/> | Obesidad » 35% del índice de masa corporal. <input type="checkbox"/><br>Poliartritis invalidante. <input type="checkbox"/><br>Déficit sensorial (auditivo, visual). <input type="checkbox"/><br>Accidente vascular cerebral. <input type="checkbox"/><br>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. <input type="checkbox"/><br>Diabetes mellitus. <input type="checkbox"/><br>Insuficiencia cardíaca. <input type="checkbox"/><br>Enfermedad vascular periférica-Úlceras presión. <input type="checkbox"/><br>Insuficiencia renal. <input type="checkbox"/><br>Neoplasias. <input type="checkbox"/> |

SECUELAS:

ALERGIAS:

TRATAMIENTOS ACTUALES:

OBJETIVOS DE LA SOLICITUD:

OBSERVACIONES:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (Nombre y dos apellidos)

Centro de trabajo:

Número de Colegiado: \_\_\_\_\_

## ENFERMERÍA

### ÍNDICE DE BARTHEL

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>COMER</b>                                                                                                                                                                 | <b>VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>                                                                                                    | <b>BAÑO</b>                                                                                                                                                                           | <b>HIGIENE PERSONAL</b>                                                   |
| Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/>                                                           | Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/>               | Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda. <input type="checkbox"/>                                                                                                             | Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda. <input type="checkbox"/> |
| <b>CONTROL ANAL</b>                                                                                                                                                          | <b>CONTROL VESICAL</b>                                                                                                           | <b>TRANSFERENCIA</b>                                                                                                                                                                  | <b>SILLA-CAMA</b>                                                         |
| Ningún problema. <input type="checkbox"/><br>Algún accidente. <input type="checkbox"/><br>Incontinente. <input type="checkbox"/>                                             | Ningún problema. <input type="checkbox"/><br>Algún accidente. <input type="checkbox"/><br>Incontinente. <input type="checkbox"/> | Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Ayuda mínima. <input type="checkbox"/><br>Puede sentarse pero no trasladarse. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/> |                                                                           |
| <b>CAMINAR</b>                                                                                                                                                               | <b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>                                                                                                   | <b>USO DEL WC</b>                                                                                                                                                                     |                                                                           |
| Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda. <input type="checkbox"/><br>Autónomo con silla de ruedas. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/> | Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda. <input type="checkbox"/><br>No puede. <input type="checkbox"/>                  | Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/>                                                                    |                                                                           |

### TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>SONDA NASOGÁSTRICA/PEG</b>                                             | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SONDA VESICAL</b>             | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> |
| <b>OSTOMÍAS (Traqueo-Gastro-Colo-Nefro-Uro)</b>                           | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>COLECTOR URINARIO-PAÑALES</b> | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> |
| <b>SUERO</b> No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/>   | <b>ÚLCERAS POR PRESIÓN Y/O VASCULARES</b> <span style="float: right;">Número</span><br>No hay úlceras.<br>Zona de <b>enrojecimiento permanente</b> de la piel (sin ruptura). No <b>desaparece</b> al retirar la <b>presión</b> .<br>Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que se presenta clínicamente como una abrasión, aparece un cráter poco profundo.<br>Pérdida total de la piel quedando expuestos los tejidos subcutáneos, presentándose como un cráter profundo con o sin tejido cicatricial <b>adyacente</b> .<br>Pérdida total de piel y tejido subcutáneo exponiéndose músculo y/o hueso. |                                  |                                                            |
| <b>OXÍGENO</b> No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                            |

### ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PUEDE UTILIZAR EL TELÉFONO</b>                                                                                                                                           | <b>CAPACIDAD PARA VIAJAR</b>                                                                                                                                                   | <b>PUEDE IR DE COMPRAS</b>                                                                                                                                                   |
| No lo utiliza. <input type="checkbox"/><br>Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/> | No viaja. <input type="checkbox"/><br>Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/>         | No las realiza. <input type="checkbox"/><br>Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/> |
| <b>PUEDE UTILIZAR DINERO</b>                                                                                                                                                | <b>PUEDE PREPARARSE LA COMIDA</b>                                                                                                                                              | <b>PUEDE HACER ACTIVIDADES DOMÉSTICAS</b>                                                                                                                                    |
| No lo utiliza. <input type="checkbox"/><br>Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/> | No se la prepara. <input type="checkbox"/><br>Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/> | Notas hace. <input type="checkbox"/><br>Autónomo. <input type="checkbox"/><br>Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/>     |
| <b>PUEDE TOMAR LA MEDICACIÓN</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |
| No la toma. <input type="checkbox"/><br>Autónomo. <input type="checkbox"/>                                                                                                  | Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/><br>Dependiente. <input type="checkbox"/>                                                                                     |                                                                                                                                                                              |

### FUNCIONES SUPERIORES

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ORIENTACIÓN</b>                                                                                                                                | <b>COMUNICACIÓN Y LENGUAJE</b>                                                                                                                                              |
| Orientado. <input type="checkbox"/><br>Ocasionalmente desorientado. <input type="checkbox"/><br>Totalmente desorientado. <input type="checkbox"/> | Comunicación espontánea. <input type="checkbox"/><br>Dificultad de comunicación e interpr. del lenguaje. <input type="checkbox"/><br>Afasia total. <input type="checkbox"/> |
| <b>COMPORTAMIENTO PSÍQUICO</b>                                                                                                                    |                                                                                                                                                                             |

- |                                                                                                                                                                                                                                            |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| No presenta problemas de comportamiento.                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del comportamiento sin riesgo (existen trastornos leves del comportamiento).                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del comportamiento con riesgo (existen trastornos del comportamiento que pueden representar un riesgo, tanto para ellos mismos como para los demás por agresividad, agitación, peligro de huidas, intentos de autolisis, etc.). | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (Nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

Número de Colegiado: \_\_\_\_\_

## Anexo VI. Informe Médico Catering Social

### INFORME MÉDICO

MOTIVO: VALORACIÓN DEL CATERING SOCIAL PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE COMIDA A DOMICILIO DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA-LOS VALLES.

SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA NACIMIENTO:

Nº SEGURIDAD SOCIAL:

#### **PRESCRIPCIÓN ALIMENTICIA:**

##### **Tipo de menú**

- ☐ Normal
- ☐ Sin sal
- ☐ Ácido úrico
- ☐ Colesterol/bajo en grasas
- ☐ Fácil Masticación
- ☐ Turmix
- ☐ Diabético
- ☐ Otros:

INTOLERANCIA A ALGÚN

ALIMENTO:.....

.....  
.....  
.....

OBSERVACIONES:

.....  
.....

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Informe emitido por el Dr.....

Centro de Trabajo.....

Nº Colegiado.....

Sello, firma y fecha

## Anexo VII. Domiciliación de pago del servicio

### DOMICILIACIÓN DE PAGO DEL SERVICIO

Autorizo a la Mancomunidad de Municipios Altamira-Los Valles, con NIF P3900560H a que gire en el número de cuenta bancaria indicada en el presente documento los recibos correspondientes al servicio de:

- ☐ Teleasistencia domiciliaria
- ☐ Ayuda a Domicilio
- ☐ Catering Social

#### 1.- DATOS DEL BENEFICIARIO DEL SERVICIO:

|            |                |            |
|------------|----------------|------------|
| NIF:       | NOMBRE:        |            |
| DOMICILIO: |                | MUNICIPIO: |
| PROVINCIA: | CODIGO POSTAL: | TELÉFONO:  |

#### 2.- DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA:

|      |         |
|------|---------|
| NIF: | NOMBRE: |
|------|---------|

#### 3.- ALTA DE DATOS BANCARIOS:

| IBAN |   | ENTIDAD | SUCURSAL | D.C. | NÚMERO |
|------|---|---------|----------|------|--------|
| E    | S |         |          |      |        |

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del solicitante:

Firma del titular de la cuenta:”