

SOLICITUD DE AYUDA A DOMICILIO – TELEASISTENCIA - CATERING SOCIAL

1.- DATOS DEL TITULAR

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

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

APELLIDOS:		NOMBRE:	
N.I.F./N.I.E./PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO: / /	REPRESENTACIÓN QUE OSTENTA: Legal ☐ Voluntaria ☐	
NACIONALIDAD:	SEXO: ...	CORREO ELECTRONICO (opcional):	
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	
C.P.:	PROVINCIA:	TFNO/S.: /	

3. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

☐ Coincide con el domicilio indicado por el titular

DOMICILIO:	LOCALIDAD:	C.P.:	PROVINCIA:
-------------------	-------------------	--------------	-------------------

4. TIPO DE SERVICIO O MODIFICACIÓN SOLICITADA

☐ ALTA SERVICIO DE TELEASISTENCIA (Completar Anexo I y II)
☐ ALTA SERVICIO DE CATERING SOCIAL (Completar Anexo I y II)

☐ 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
☐ Recibir el servicio: ☐ Servicio Personal / ☐ Servicio Doméstico	
☐ Aumento de horas ☐ Reducción nº de horas	(1)

(1) Señale el número total de horas mensuales que desea recibir, incluyendo las que ya recibe. **REVISIÓN DE SITUACIÓN:**

☐ Cambio grado dependencia ☐ Cambio capacidad económica ☐ Cambio situación sociofamiliar (cambio domicilio, unidad familiar, etc..)

5. SERVICIO EN EL QUE SE SOLICITA BAJA

☐ Teleasistencia ☐ Ayuda a domicilio Fecha de Baja: / / ☐ 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.

6. DECLARO

- Que me comprometo a comunicar cualquier variación que se produjera en las circunstancias indicadas en la presente solicitud y anexos.
- 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 ALTAMIRA LOS VALLES

Sus datos personales serán usados para registrar y atender su solicitud, lo que nos permite el uso de su información



Mancomunidad de Municipios
ALTAMIRA-LOS VALLES

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, Bº 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.

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). Procedencia: El propio interesado; Información adicional: www.diputaciondepalencia.es/politica-privacidad (REF: T-02).

La persona firmante acepta el tratamiento de sus datos personales de acuerdo a la información facilitada y, en caso de facilitar datos de terceros, asume el compromiso de informarles de dicho tratamiento.

ANEXO I.

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 PRESTADOS POR LA MANCOMUNIDAD	SAD ☐ TAD ☐ CAT ☐	SAD ☐ TAD ☐ CAT ☐	SAD ☐ TAD ☐ CAT ☐	SAD ☐ TAD ☐ CAT ☐
TELEFONO				

ANEXO II. DOCUMENTACIÓN APORTADA.

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:

1. ☐ Documento Nacional de Identidad (DNI) del solicitante y de todos los miembros de la unidad de convivencia.
2. ☐ Tarjeta Sanitaria.
3. ☐ Certificado de empadronamiento y convivencia.
4. ☐ 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.
5. ☐ 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)
6. ☐ Certificado catastral de bienes rústicos y urbanos, del Ayuntamiento donde figure empadronado el solicitante.
7. ☐ Certificado de intereses de cuentas bancarias y otras modalidades de ahorro
8. ☐ Informe médico del interesado y de cualquier otro miembro de la familia que se considere oportuno. Las personas que aleguen discapacidad presentarán el certificado del órgano competente donde se reconozca la citada discapacidad.
9. ☐ Justificante de gastos de vivienda (alquiler o hipoteca)
10. ☐ Documento para domiciliación bancaria de la cuota de SAD.

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE TELEASISTENCIA:

1. ☐ Documento Nacional de Identidad (DNI).
2. ☐ Informe Médico
3. ☐ Certificado de empadronamiento.
4. ☐ Tarjeta sanitaria.
5. ☐ Documento de domiciliación bancaria de la cuota de TAD.

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE CATERING SOCIAL:

1. ☐ Documento Nacional de Identidad (DNI) del solicitante.
2. ☐ Informe médico. Las personas que aleguen discapacidad presentarán el certificado del órgano competente donde se reconozca la citada discapacidad.
3. ☐ Documento para domiciliación bancaria de la cuota de CAT.