

Sr./Sra. _____ DNI _____

DOMICILIO _____ CP _____

MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

NACIONALIDAD _____

EXPONE:

Que se encuentra en la siguiente situación de convivencia.

(marque con una x lo que proceda)

- VIVE SOLO
 VIVE CON UNA PERSONA MAYOR O INCAPACITADA
 VIVE CON OTRAS PERSONAS

Que su estado de autonomía personal y estado de salud es el que sigue:

(marque con una x lo que proceda)

- Minusvalía o incapacidad total para actividades de la vida diaria.
 Incapacidad parcial. Necesita a otra persona para algunas actividades de la vida diaria.
 Tiene algunos problemas o dificultades. Se vale totalmente para las actividades de la vida diaria.
 No tiene problemas o dificultades. Se vale totalmente para las actividades de la vida diaria.

Que son ciertos los datos reseñados y por ello,

SOLICITA:

Le sea concedido el SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA.

a

Fdo.: Solicitante

SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE _____

Mediante la firma del presente documento y en cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, usted da su consentimiento expreso para que los datos de carácter personal facilitados por el titular de los mismos, o su representante legal, se incluyan en un fichero de titularidad de este ayuntamiento con la finalidad de la gestión de las solicitudes y de la actividad del servicio Teleasistencia provincial.

Sus datos podrán ser facilitados a la Diputación Provincial, así como a la empresa adjudicataria del servicio con la finalidad de la gestión y prestación del mismo.

Los interesados pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita dirigida al Registro del Ayuntamiento de _____,

en _____, con domicilio en _____ indicando claramente en el sobre la referencia "Tutela de Derechos LOPD" y adjuntando fotocopia de documento acreditativo de identidad, o bien al email _____

Nº DE EXPEDIENTE DE DIPUTACIÓN: _____**TITULAR:**

NOMBRE _____ NIF _____

DOMICILIO _____ MUNICIPIO _____

CP _____ TELÉFONO _____ NACIMIENTO _____ E.CIVIL: _____

GÉNERO V M SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO NO SI PÚBLICO
 PRIVADO

ENTIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA _____ Nº SIP _____

DIRECCIÓN CENTRO DE SALUD _____ TELÉFONO _____

MÉDICO DE CABECERA _____ TLF. URGÉNCIAS _____

CENTRO HOSPITALARIO _____

PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO:

NOMBRE _____ NIF _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____ GÉNERO V M

ENTIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA _____ Nº SIP _____

DIRECCIÓN CENTRO SALUD _____ TELEFONO _____

MEDICO DE CABECERA _____ TLF. URGÉNCIAS _____

QUIERE SER BENEFICIARIO RELACIÓN CON EL TITULAR _____

NOMBRE _____ NIF _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____ GÉNERO V M

ENTIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA _____ Nº SIP _____

DIRECCIÓN CENTRO SALUD _____ TELEFONO _____

MEDICO DE CABECERA _____ TLF. URGÉNCIAS _____

QUIERE SER BENEFICIARIO RELACIÓN CON EL TITULAR _____**CONTACTOS:**

NOMBRE _____ RELACIÓN CON EL USUARIO _____

DOMICILIO _____ MUNICIPIO _____

TLF. PARTICULAR. _____ DISTANCIA EN MINUTOS _____ LLAVE DEL DOMICILIO SITLF. TRABAJO _____ DISTANCIA EN MINUTOS _____ NO

NOMBRE _____ RELACIÓN CON EL USUARIO _____

DOMICILIO _____ MUNICIPIO _____

TLF. PARTICULAR. _____ DISTANCIA EN MINUTOS _____ LLAVE DEL DOMICILIO SITLF. TRABAJO _____ DISTANCIA EN MINUTOS _____ NO

NOMBRE _____ RELACIÓN CON EL USUARIO _____

DOMICILIO _____ MUNICIPIO _____

TLF. PARTICULAR. _____ DISTANCIA EN MINUTOS _____ LLAVE DEL DOMICILIO SITLF. TRABAJO _____ DISTANCIA EN MINUTOS _____ NO

DATOS SOCIOECONÓMICOS

Nombre de los componentes de la unidad familiar	Tipo de pensión o remuneración laboral	Cuantía Mensual

DATOS DEL HÁBITAT

TIPO DE VIVIENDA

Piso/Apartamento
 Vivienda Unifamiliar
 Otros: _____

Nº DE HABITACIONES

(Excluido baño, cocina, etc)

METROS

CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y EQUIPAMIENTO DEL HOGAR

Agua Lavadora
 Wc Barreras Arquitectónicas en el acceso
 Ducha Barreras Arquitectónicas en la vivienda
 Electricidad Iluminación natural
 Gas Ventilación
 Agua caliente Estado deteriorado
 Teléfono Amenaza de ruina
 Frigorífico
 Calefacción

RÉGIMEN DE TENENCIA

Alquilada
 Propia Pagada
 Propia Pagándola
 Vivienda Compartida
 Otros:

UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Casco Urbano
 Extrarradio
 Partida rural

GRADO DE DISCAPACIDAD

ALTA
MEDIA
BAJA
SIN DISCAPACIDAD

TITULAR	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALORACIÓN TÉCNICA DE PRIORIDAD

Urgente Alta Media Baja Muy Baja

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS SOBRE LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y FAMILIARES QUE HACEN NECESARIA LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO:

PROPUESTA Concesión Denegación **Causas de Denegación:**

TRABAJADOR/A SOCIAL QUE LO CUMPLIMENTA _____

CENTRO SOCIAL DE _____ **TEL. DE CONTACTO** _____

FECHA _____ **eMAIL:** _____

Vº Bº COORDINADOR/A DEL CENTRO

FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL