

**SOLICITUD DE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO****1.- DATOS PERSONALES DEL INTERESADO**

APELLIDOS		NOMBRE		D.N.I.	
FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		TELEFONO	
DOMICILIO		LOCALIDAD		C.P.	PROVINCIA
NÚMERO DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR					

**2.- DATOS DEL CONYUGE Y/O OTROS BENEFICIARIOS**

NOMBRE Y APELLIDOS				D.N.I.	
E. CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: : <input type="checkbox"/> ESPOSO/A <input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO <input type="checkbox"/> OTROS					

**3.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O JUDICIAL**

(La solicitud deberá ser firmada por el representante)

NOMBRE Y APELLIDOS		
D.N.I.	DOMICILIO	TELEFONO

**4.- TITULAR DE OTRAS PRESTACIONES**

<input type="checkbox"/> SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	<input type="checkbox"/> TELEASISTENCIA
<input type="checkbox"/> CUIDADOS EN EL ENTORNO: FECHA DE INICIO: FECHA FIN DE LA PRESTACIÓN:	
<input type="checkbox"/> OTROS....	

## 5.- DATOS ECONÓMICOS

Pensión Solicitante	Clase pensión	Cuantía	Procedencia
Pensión cónyuge/beneficiario	Clase pensión	Cuantía	Procedencia
Capital mobiliario			
Capital Inmobiliario			
Disposiciones patrimoniales en los últimos 4 años: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Otros ingresos:			
Régimen económico en caso de matrimonio			
Régimen de gananciales <input type="checkbox"/>		Régimen de separación de bienes <input type="checkbox"/>	

## 6.- OBJETO DE LA SOLICITUD

<p><input type="checkbox"/> Acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio, cofinanciado por la Gerencia de Servicios Sociales, con un total de                    horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo a la Resolución de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León reconocimiento de prestaciones en materia de atención a la dependencia con fecha                    . Se establece en el programa individualizado de atención la modalidad del Servicio de Ayuda a domicilio hasta                    horas mensuales, por ello <b>SOLICITO: SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO</b>, cofinanciado por la Gerencia de Servicios Sociales, con un total de                    horas/semana. Tipo de atención:</p>
---

Declaro, bajo mi responsabilidad, que todos los datos reflejados son ciertos.

AUTORIZO/AUTORIZAMOS: A la Excma. Diputación Provincial de Soria, Departamento de Servicios Sociales, para la realización de consultas de los ficheros de Gestión Catastral, Agencia Tributaria, Instituto de la Seguridad Social y Junta de Castilla y León. Así como solicitar cualquier otra información complementaria que pueda ser requerida para la cumplimentación del expediente.

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS. Quedo informado que los datos personales que facilito al acceder a los Servicios Sociales de Diputación Provincial de Soria, quedan incorporados en el fichero de datos de la mencionada corporación. Así mismo quedo informado que dichos datos se utilizarán exclusivamente para prestarme correctamente el servicio de Ayuda a Domicilio y otros recursos provinciales que pudieran beneficiarme. Autorizo al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Provincial a ceder mis datos personales, obrantes en su poder, a la empresa adjudicataria por Diputación Provincial de Soria para la prestación del S.A.D. Pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por medio de carta dirigida al Diputación Provincial de Soria, calle Caballeros nº 17, todo ello de conformidad con la ley Orgánica 15/1.999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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

FIRMADO: D./D<sup>a</sup>

## **DOCUMENTACION**

- INSTANCIA-MODELO
- FOTOCOPIA D.N.I. DEL SOLICITANTE Y/O TUTOR
- CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO Y CONVIVENCIA
- INFORME DE SALUD.
- OTRA DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE SE ESTIME OPORTUNA, REQUERIDA POR LA CORPORACIÓN LOCAL.