



SOLICITUD DE SERVICIO DE TELEASISTENCIA

1.- DATOS PERSONALES DEL INTERESADO (titular del servicio)

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"/> 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"/>	

7.- OBJETO DE LA SOLICITUD

<p>Conociendo la existencia de la Prestación Social de Teleasistencia, dependiente de la Diputación Provincial de Soria, cofinanciado por la Junta de Castilla y León, solicito se conceda dicha Prestación, a cuyo efecto me comprometo a cumplir el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio de Teleasistencia y abonar la tasa establecida en la Ordenanza Reguladora del precio público de la Prestación del Servicio.</p>
--

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

AUTORIZO/AUTORIZAMOS: A la Excm. 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 Teleasistencia 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 Servicio de Teleasistencia. 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^a
SOLICITANTE

FDO: D./D^a
CONYUGE O PAREJA

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SORIA

DOCUMENTACION

- INSTANCIA-MODELO
- FOTOCOPIA D.N.I. DEL SOLICITANTE Y BENEFICIARIO Y/O TUTOR
- CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO.
- INFORME DE SALUD DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN. MODELO NORMALIZADO.
- FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA
- EN CASO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CERTIFICADO DE LA CONDICIÓN LEGAL DE MINUSVALÍA.
- EN EL SUPUESTO DE ESTAR INCAPACITADO, ACEPTACIÓN DEL CARGO DE TUTOR Y RESOLUCIÓN JUDICIAL.
- OTRA DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE SE ESTIME OPORTUNA, REQUERIDA POR LA CORPORACIÓN LOCAL.
- FICHA DE CONTACTOS DEL SERVICIO. (ANEXO I)



EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL DE SORIA

Solicitante del Servicio deTeleasistencia

Para el acceso a este servicio es imprescindible facilitar a Cruz Roja los datos al menos de una persona de su entorno, dispuesta a colaborar en caso necesario con el servicio, que pueda acudir al domicilio y colaborar ante la detección de determinadas incidencias o recibir/aportar información relevante, por lo que se es preciso que sea de su entorno más cercano; familiares, vecino, amigos.... de las personas usuarias.

NOMBRE Y APELLIDOS:		
D.N.I.	DOMICILIO:	
PROVINCIA:	LOCALIDAD:	
TELEFONO: Casa:	Móvil:	Trabajo:
RELACION CON LA PERSONA USUARIA:		
LLAVES DEL DOMICILIO:	SI	NO

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Caracter Personal; todos aquellos cuyos datos se recaban quedan informados y con su firma autorizan:

- A que los datos facilitados voluntariamente y los que se generen con posterioridad, se incorporan al ficheros de carácter personal de Cruz Roja, cuyo tratamiento se realizará directamente por Cruz Roja o a través de otros proveedores y entidades cuya intervención deba concertar para la correcta prestación del servicio de Teleasistencia y que tiene por finalidad la prestación y gestión de incidencias del referido servicio. Cruz Roja ha adoptado las medidas de seguridad legalmente exigidas y que por razones técnicas y de seguridad las conversaciones que se mantengan serán grabadas.
- A que sus datos serán cedidos a aquellos recursos y servicios en la medida que resulte necesario para cumplir la legislación vigente o para hacer frente a una posible situación de emergencia.
- Garantiza la veracidad de los datos personales facilitados y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos.
- Para poder ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición, dirigiendo una carta firmada al domicilio social de Cruz Roja en Soria, c/ Santo Domingo de Silos, 42002 , adjuntando copia legible de su DNI e indicando la dirección a la que Cruz Roja pueda remitirle la confirmación de haber cumplido con su solicitud.

..... ade.....de 2010

Firma de la persona de contacto:

D.....