



INSTITUTO MUNICIPAL DE SERVICIOS SOCIALES
C/ San Lorenzo, 25
06002 Badajoz
Teléf: 924210220



SOLICITUD INDIVIDUAL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

1.- DATOS DEL SOLICITANTE.

APELLIDOS Y NOMBRE:

DOMICILIO:

CODIGO POSTAL:

POBLACION:

FECHA DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL:

D.N.I.:

TELEFONO FIJO:

TELEFONO MÓVIL:

¿Ha solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia? SI NO

¿Ha sido reconocida la situación de dependencia? SI NO

En caso afirmativo indique GRADO: _____ NIVEL: _____

¿Tiene resolución del Programa Individual de Atención (PIA)?

En caso afirmativo indique servicios y prestaciones determinados en el mismo: _____

2.- DATOS DEL REPRESENTANTE (en caso de menores o discapacitados).

APELLIDOS Y NOMBRE:

DOMICILIO:

CODIGO POSTAL:

POBLACION:

D.N.I.:

TELEFONO DE CONTACTO:

3.- DATOS DE CONVIVENCIA: (Indique los datos de las personas que vivan con usted en su domicilio)

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	TELÉFONO	PARENTESCO CON SOLICITANTE

4.- PRESTACIONES QUE SOLICITA:

AYUDA A DOMICILIO:

TIPO DE ATENCIÓN:

- AYUDA DE CARÁCTER DOMÉSTICO (Apoyo en las tareas del hogar)
 TAREAS DE CARÁCTER PERSONAL (Acompañamiento e higiene personal)
 ACOMPAÑAMIENTO (Ocio y tiempo libre)
 ACONDICIONAMIENTO DE LA VIVIENDA
 APOYO SOCIAL Y EDUCATIVO

HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN:

- MAÑANA MEDIODIA TARDE
 L M X J V S

TELEASISTENCIA

5.- DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

- FOTOCOPIA DNI ACTUALIZADO DEL SOLICITANTE Y OTROS MIEMBROS SI PROCEDE
- FOTOCOPIA TARJETA SANITARIA DEL SOLICITANTE Y OTROS MIEMBROS SI PROCEDE
- INFORME MEDICO SEGÚN (ANEXO I) DEL SOLICITANTE Y OTROS MIEMBROS SI PROCEDE
- ALTA A TERCEROS DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO (ANEXO II)
- JUSTIFICANTE INGRESOS UNIDAD FAMILIAR (Ingresos del solicitante y de todas las personas que vivan en el domicilio mayores de 18 años)
 - Certificado mensual de pensión actualizada en el caso de ser pensionista.
 - Fotocopia de la última nómina o documento que justifique la situación en que se encuentra (Desempleo: certificado de estar en desempleo, certificado prestación en caso de cobrar algún tipo de prestación) , certificado de estudios, etc.
 - Fotocopia declaración de la renta del ejercicio anterior, certificado negativo en caso de no hacer declaración o autorización expresa del interesado y de las personas que convivan en el domicilio que faculte al IMSS para recabar dicha información directamente del organismo encargado de su expedición (Apartado 6)
- FICHA PERSONA DE CONTACTO (ANEXO III) (Sólo en el caso de solicitar TAD).

6.- AUTORIZACIÓN EXPRESA

El/la solicitante y las personas que conviven en el domicilio autorizan con su firma:

- A que se realicen las verificaciones y consultas necesarias en relación a los datos relativos a su situación de dependencia en el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)
- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, los datos tributarios necesarios para la valoración de mi solicitud.

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	FIRMA
		SOLICITANTE	

7.- DECLARACIÓN DE SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y queda enterada de la obligación de comunicar al Instituto Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Badajoz cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____, a ____ de _____ de 2.01__

EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo: _____

SR. ALCALDE- PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE BADAJOZ.

PROTECCIÓN DE DATOS:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal y el Reglamento dictado en su desarrollo, por Real Decreto 1720/2007, de 21 de Diciembre, le informamos que los datos personales que usted haga constar en esta solicitud se incorporarán a un fichero automatizado de datos, denominado " Expedientes de Servicios Sociales", de titularidad municipal, y cuyo responsable es el Instituto Municipal de Servicios Sociales de Badajoz (IMSS), siendo, dichos datos, objeto de tratamiento por la citada entidad, con la finalidad de gestionarle el servicio por usted demandado. Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos pueden ser ejercitados ante el I.M.S.S, enviando comunicación escrita a la siguiente dirección: c/ San Lorenzo nº 25.- 06002 Badajoz.

Asimismo, le informamos que con la firma de esta solicitud, usted consiente, de forma expresa, el tratamiento, por el IMSS, de los datos referentes a su persona, en especial, de los relativos a su salud, necesarios para la prestación del/los servicio/s por usted solicitado/s, así como la comunicación, en su caso, de dichos datos, a la/s empresa prestataria/s del/los citado/s servicio/s.