

SOLICITUD SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO DE URGENCIA

Orden de 15 de noviembre de 2007 por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en Andalucía.

1.- DATOS DEL SOLICITANTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE	
FECHA NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
			DOMICILIO
MUNICIPIO	C.POSTAL	PROVINCIA	
TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL	CORREO ELECTRONICO	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		DNI/NIE/PASAPORTE	
RELACION CON LA PERSONA USUARIA <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO			
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACION			
MUNICIPIO	C.POSTAL	PROVINCIA	TELEFONO CONTACTO

2.- DATOS DE CONVIVENCIA (En el caso de intervenciones familiares)

APELLIDOS Y NOMBRE	D.N.I.	FECHA NACIMIENTO	RELACION CON SOLICITANTE

3.- OTROS DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Indique que servicios se le prestan actualmente así como organismo prestatario:

- TELEASISTENCIA
- AYUDA A DOMICILIO.....
- CENTRO DE DIA.....
- SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO.....
- Otros.....

4.- DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ACTUACIÓN

FINALIDAD (Descripción de la necesidad a cubrir).

ACTUACIONES/SERVICIOS QUE SOLICITA:

- DOMESTICAS
- PERSONALES
- OTRAS

5.- DOCUMENTACION ADJUNTA (Original y/o copia compulsada)

- DNI/NIE/PASAPORTE de la persona usuaria o representante legal en su caso .
- DNI/NIE/PASAPORTE del representante legal o guardador/a de hecho, en su caso.
- Declaración I.R.P.F o certificado de ingresos o declaración Expresa Responsable de ingresos de ejercicios fiscales anteriores
- Certificado de empadronamiento o en su defecto volante de empadronamiento.
- Otros:

6.- AUTORIZACION EXPRESA

- La persona solicitante autoriza:
A que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias (censal y fiscal) para acreditar que los datos declarados coinciden con los que obren en poder de las Administraciones Públicas competentes.

8.- DECLARACION 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 Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____

SR./A PRESIDENTE/A DEL INSTITUTO PROVINCIAL DE BIENESTAR SOCIAL. DIPUTACION DE CORDOBA

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba, le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado así mismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la Solicitud de prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba C/ Buen Pastor, 12 . 14003. Córdoba

Instituto Provincial de Bienestar Social
Diputación de Córdoba