**SOLICITUD DE AYUDA A DOMICILIO Y/O TELEASISTENCIA**

**1.- DATOS DEL TITULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **1-APELLIDOS**:       | **NOMBRE:**       |
| **D.N.I.****:**      | **FECHA DE NACIMIENTO:**   //     | **ESTADO CIVIL:**  | **TFNO.:**      |
| **DOMICILIO:**       | **LOCALIDAD:**      | **C.P.:**      | **PROVINCIA: Palencia**  |

**2.- DATOS DE LA PERSONA QUE LE REPRESENTA (cumplimentar si la solicitud se firma por persona distinta del interesado)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1-APELLIDOS:**       | **NOMBRE:**      |
| **D.N.I.:**       | **FECHA DE NACIMIENTO**   **/**/     | **TFNO.:**      |
| **DOMICILIO:**      | **LOCALIDAD:**      | **C.P.:**      | **PROVINCIA:**      |
| Representante legal ( madre, padre ó tutor del menor de 18 años) o judicial [ ]  |
| Representante voluntario [ ]  |

**3.- REGIMEN DE BIENES DEL MATRIMONIO (si procede):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Régimen de gananciales: [ ]  | Régimen de separación de bienes: [ ]  | Convivencia o pareja de hecho análoga a la conyugal: | [ ]  |
|  |
| LA VIVIENDA HABITUAL DEL SOLICITANTE ¿ES PROPIA? SI [ ]  NO [ ]  |

**4.- MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR Nº:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **NOMBRE** |       |       |       |       |
| **1º APELLIDO** |       |       |       |       |
| **2º APELLIDO** |       |       |       |       |
| **PARENTESCO** |  |  |  |  |
| **FECHA NACIMIENTO** |   //     |   //     |   //     |   //     |
| **DNI** |       |       |       |       |
| **GRADO DISCAPACIDAD RECONOCIDA** | **NO** **[ ]  SI** **[ ]** **Grado:**  | **NO** **[ ]  SI** **[ ]** **GRADO:**  | **NO** **[ ]  SI** **[ ]** **GRADO:**  | **NO [ ]  SI [ ]** **GRADO:**  |
| **SITUACIÓN DE DEPENDENCIA RECONOCIDA** | **Solicitada****[ ]** **Reconocida****[ ]**  | **Solicitada****[ ]** **Reconocida****[ ]**  | **Solicitada****[ ]** **Reconocida****[ ]**  | **Solicitada[ ]** **Reconocida[ ]**  |

**5.- TIPO DE SERVICIO O MODIFICACIÓN SOLICITADA**

|  |
| --- |
| [ ]  **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO** |
| Marcar con una X la casilla correspondiente (solo una) | Nº de horas mensuales totales que desea recibir | Corporación Local donde está recibiendo el servicio |
| [ ]  Recibir el servicio. Actualmente no lo recibe. |  |  |
| [ ]  Aumento de horas [ ] Reducción nº de horas  | (1)  |  |
| [ ]  Continuar recibiendo el mismo nº de horas que ya recibe. |  |  |
| [ ]  Recibir el servicio. Lo recibe en otra Corporación Local |  |       |

1. Señale el número total de horas mensuales que desea recibir, incluyendo las que ya recibe

**¿Desea recibir servicio en días festivos? NO** [ ]  **SI** **[ ]**

|  |
| --- |
| **[ ]  SERVICIO DE TELEASISTENCIA** [ ]  Un usuario [ ]  Dos usuarios. Medallón adicional Usuario de Medallón adicional: [ ]  |
|  |
| **[ ]  SUSPENSIÓN TEMPORAL** Servicio de teleasistencia [ ]  Servicio de ayuda a domicilio [ ]  Entre **///** hasta **//** Nº de expediente SAD-TA:       |
|  |
| **[ ]  REVISIÓN DE SITUACIÓN (Sólo lista de demanda o cambio de capacidad económica)**Nº de expediente SAD-TA:       |

**6.- DECLARO**

- Que en      (indicar localidad) he presentado solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a prestaciones. (Si lo conoce, indique la fecha:( **///**)

- Que autorizo a la Diputación de Palencia a que realice las consultas que considere oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.

- Que me comprometo a comunicar cualquier variación que se produjera en las circunstancias aquí indicadas.

- **En caso de solicitud de prestación del Servicio de Teleasistencia domiciliaria,** autorizoa la Diputación Provincial de Palencia, a que mensualmente cargue el importe a que se eleve la tasa por la prestación del servicio en la cuenta nº     -    -  -

     ., a   de de

Firma

**Autorización del cónyuge o pareja de hecho (si procede)**

Apellidos       Nombre

Fecha de nacimiento **///** DNI

**AUTORIZO** a la Diputación de Palencia a que realice las consultas que considere oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.

     , a   de **/** de

Firma del cónyuge o pareja de hecho