SOLICITUD SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

**SOLICITANTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos | | | | N.I.F. |
| Dirección | | | | |
| Código Postal | Localidad | | | Tfno. |
| Fecha Nacimiento | | Estado civil | Tarjeta sanitaria | |

**REPRESENTANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos | N.I.F. |
| Correo electrónico | |

**DATOS PARA VALORACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Personas en el domicilio | Vive solo  Vive acompañado |
| Ingresos al mes del solicitante |  |
| Ingresos al mes de la unidad familiar |  |
| Total de ingresos |  |

**SOLICITUD**

|  |
| --- |
| Le sea concedido el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria por los motivos siguientes:   * Presentar riesgo sociosanitario * Persona mayor   Datos que, bajo mi responsabilidad, declaro que son ciertos. Asimismo, manifiesto que:   * No percibo otros servicios o prestaciones de análogo contenido o finalidad. * Quedo enterado de la obligación de comunicar al Ayuntamiento cualquier variación en los datos declarados que puedan producirse en lo sucesivo. * Acepto la posibilidad de contribuir económicamente, si así resultase de la aplicación de la normativa legal vigente. |

En Marina de Cudeyo, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fdo.:

**CONSENTIMIENTO DE ACCESO A DATOS PERSONALES**

|  |
| --- |
| Se presumirá que la consulta u obtención de datos es autorizada por los interesados salvo que conste su oposición expresa (art. 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).  En el caso de no otorgar consentimiento se harán los requerimientos para aportar documentación que se consideren oportunos.  **NO doy mi CONSENTIMIENTO** a que sean consultados o recabados mis datos necesarios para el trámite de la presente solicitud, que obren en poder del Ayuntamiento de Marina de Cudeyo o en otras Administraciones Públicas. |

**DOCUMENTACIÓN:**

* Fotocopia de D.N.I del solicitante
* Fotocopia de la tarjeta sanitaria
* Informe médico en impreso facilitado al efecto
* Certificado de empadronamiento y convivencia
* Certificado de la pensión o ingresos del solicitante y de todos los miembros de la unidad familiar.
* Saldo medio anual e intereses abonados en el último ejercicio de todas las cuentas de las que es titular el beneficiario.