



SERVICIOS  
SOCIALES

FECHA DE RECEPCIÓN

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

### DATOS DEL INTERESADO

NOMBRE Y APELLIDOS:	D.N.I.:
FECHA NACIMIENTO:	Nº S.S.:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
ESTADO CIVIL:	TLF.:

### DATOS DEL REPRESENTANTE ( En el caso de menores e incapacitados)

NOMBRE Y APELLIDOS:	D.N.I.:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
TLF.:	

### PERSONAS CON QUIEN VIVE

### INGRESOS MENSUALES:

1.		SOLICITANTE:	€
2.		RESTO UNIDAD FAMILIAR:	€
3.			
4.		TOTAL INGRESOS MENSUALES:	€

**SOLICITA:** Le sea concedido el servicio de Ayuda a Domicilio con la siguientes prestaciones:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Limpieza Hogar          | <input type="checkbox"/> Levantar/Acostar      |
| <input type="checkbox"/> Lavado/Repaso/Planchado | <input type="checkbox"/> Gestiones varias      |
| <input type="checkbox"/> Compras domésticas      | <input type="checkbox"/> Tareos psico-sociales |
| <input type="checkbox"/> Cocinado de Alimentos   | <input type="checkbox"/> Otras (especificar):  |
| <input type="checkbox"/> Aseo personal           |  |

**POR LOS MOTIVOS** (Rellenar las causas o motivos por losque solicita el S.A.D.):

### ADJUNTO A LA SOLICITUD LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solicitud debidamente cumplimentada.  | <input type="checkbox"/> Certificado catastral de bienes rústicos y urbanos. |
| <input type="checkbox"/> Declaración jurada de que todos los datos proporcionados en la solicitud son ciertos. | <input type="checkbox"/> Informes médicos.                                   |
| <input type="checkbox"/> Certificado de convivencia.   | <input type="checkbox"/> Fotocopia del D.N.I.                                |
| <input type="checkbox"/> Declaración/es del IRPF de la Unidad Familiar.  | <input type="checkbox"/> Fotocopia de la Cartilla Sanitaria.                 |
| <input type="checkbox"/> Certificado acreditativo de los haberes que perciba la unidad familiar.               | <input type="checkbox"/> Fotocopia recibos de gastos (luz, agua, ttf, ...)   |
| <input type="checkbox"/> Certificado de minusvalía.  | <input type="checkbox"/> Otros:  |

Datos que bajo mi responsabilidad, declaro que son ciertos.

Así mismo, 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 los sucesivo.
- Acepto la posibilidad de contribuir económicamente, si así resultase de la aplicación de la normativa local vigente.

Ramales de la Victoria, a

de

Firma: El solicitante