

SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

DATOS DEL TITULAR BENEFICIARIO

Nº de Expediente:

| | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|-------------|------------------|---------------|-----------------|
| N.I.F | APELLIDOS | | | NOMBRE | | |
| Calle, Avda, Pz | Nombre de la Vía Pública | Núm. | Esc. | Piso | Puerta | Teléfono |
| Código Postal | Municipio | | | Provincia | | |
| Otros Usuarios del SAD | | | | | | |

SERVICIOS SOLICITADOS POR EL USUARIO

| Servicios Domésticos | Servicios Atención Personal | Respiro | Otros |
|---|---|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza vivienda <input type="checkbox"/> Lavado, repaso y/o planchado <input type="checkbox"/> Compra y/o preparación comida <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Aseo personal <input type="checkbox"/> Levantamiento <input type="checkbox"/> Ayuda para vestirse-desvestirse <input type="checkbox"/> Compañía a domicilio y/o salidas <input type="checkbox"/> Otros: Control medicación | | <input type="checkbox"/> Acondicionamiento de la vivienda <input type="checkbox"/> Eliminación de barreras <input type="checkbox"/> Teleasistencia <input type="checkbox"/> Apoyo social y educativo <input type="checkbox"/> Apoyo a la estructuración familiar <input type="checkbox"/> Apoyos de carácter socio-comunitario <input type="checkbox"/> Existen recursos Privados. ¿Cuáles? |
| Horas | Horas | Horas | Horas |

Observaciones:

INTERESADO

| | |
|--------------|--|
| Fecha | |
| Firma | |
| Fdo.: | |

DIRIGIDO A: SR. PRESIDENTE DE LA COMARCA DEL ARANDA

"De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, consiento que los datos incluidos en el presente formulario y aquellos que comunique en el futuro a la Comarca del Aranda, incluidos los datos de salud, sean incorporados a un fichero responsabilidad de la misma y que sean tratados con la finalidad de gestionar el servicios solicitado.

Asimismo declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndome a la Comarca, sita en Pz. del Castillo, s/n, de Illueca, CP.- 50.250; o bien, remitiendo un mensaje a la siguiente dirección de correo electrónico: ssbase@comarcadelaranda.com"