

EXPEDIENTE N°	
FECHA SOLICITUD SERVICIO	

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO

1.- DATOS DEL TITULAR BENEFICIARIO

Apellidos		Nombre	
Fecha de nacimiento		Lugar	
		Provincia	
DNI nº		E.C	
		Nº Seg. Soc	
Domicilio			Teléfono
Municipio		Provincia	
Fuentes de Ingresos			
Núm De Miembros De La Unidad Familiar			

2.- SERVICIOS SOLICITADOS POR EL USUARIO

<u>Servicios Domésticos</u>	<u>Servicios Atención Personal</u>
<input type="checkbox"/> Limpieza vivienda	<input type="checkbox"/> Aseo Personal
<input type="checkbox"/> Lavado, repaso y/o planchado	<input type="checkbox"/> Ayuda para vestirse-desvestirse
<input type="checkbox"/> Compra y/o preparación comida	<input type="checkbox"/> Compañía a domicilio y/o salidas
<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Otros

DECLARO que los datos mencionados en la presente solicitud son totalmente ciertos

En _____, a ___ de _____ de _____

Fdo. EL SOLICITANTE,

**DIRIGIDO A:
SR. PRESIDENTE DE LA COMARCA DEL ARANDA**

3.- DATOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

CONCEPTO		CANTIDAD	
Rentas de trabajo, prestaciones o pensiones			
Ingresos por actividades agrícolas			
<i>Ingresos por capital mobiliario:</i>			
Pagarés, Letras del Tesoro, Bonos,			
Acciones, dividendos, etc.			
Intereses Bancarios			
<i>Ingresos por capital inmobiliario:</i>			
Rentas por alquiler de viviendas			
Rentas por alquiler de fincas rústicas			
Rentas por alquiler de fincas urbanas			
Otros (especificar)			
TOTAL DE INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR			
INGRESOS MENSUALES		COSTE DEL SERVICIO AL MES	

Fecha y Firma:

Fdo. _____

4.- DATOS SOCIO – FAMILIARES

Vive solo		Vive acompañado	
-----------	--	-----------------	--

Unidad de convivencia

Apellidos y Nombre	Parentesco	Edad	E.Civil	Profesión

Otros familiares

Apellidos y Nombre	Parentesco	Domicilio y Localidad	Profesión

5.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

SITUACIÓN		RÉGIMEN		BARRERAS	
Rural		Propia		Dentro de la vivienda	
Céntrica		Alquiler		Fuera de la vivienda	
Aislada		Acogida		inexistentes	
		Cedida en uso		otros	

Equipamiento (dispone de)

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Electricidad			Baño			Frigorífico		
Gas Butano			Ducha			Teléfono		
Agua corriente			Sólo WC			TV		
Agua caliente			Calefacción			Lavavajillas		
Ascensor			Tipo			Lavadora		

6.- PROPUESTA DEL TRABAJADOR SOCIAL

Diagnóstico Social

Propuesta de atención domiciliaria:

NEGATIVA		Causas:					
POSITIVA		Nº horas semanales		Días de atención		Horario	

Observaciones

TRABAJADOR SOCIAL

Fecha del informe

Firma

7. DOMICILIACIÓN BANCARIA

CÓDIGO CUENTA CLIENTE

ENTIDAD				SUCURSAL				D.CONTRO		NÚMERO DE CUENTA										

Nombre de la Entidad Bancaria				Domicilio															
Localidad												Provincia							

Nombre de la persona _____ NIF _____
(En el caso de que no sea el mismo que el solicitante)

8. RESOLUCIÓN

FECHA	TIPO		Favorable
			Lista de Espera
			Desfavorable, no reúne requisitos

9. CONCESIÓN

Fecha de Inicio	Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horas de Servicio	Horario					
Auxiliar asignada						
Compromiso de usuario	SI	NO				

10. OTRAS OBSERVACIONES

--