

| | |
|--------------------------|--|
| EXPEDIENTE Nº | |
| FECHA SOLICITUD SERVICIO | |

SOLICITUD DE CAMBIO DE TITULARIDAD PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO

- DATOS DEL TITULAR BENEFICIARIO

| | | | | | | |
|--|--|-------|-----------|-----------|-------------|--|
| Apellidos | | | | Nombre | | |
| Fecha de nacimiento | | Lugar | | | Provincia | |
| DNI nº | | E.C. | | | Nº Seg. Soc | |
| Domicilio | | | | Teléfonos | | |
| Municipio | | | Provincia | | | |
| Fuentes de Ingresos | | | | | | |
| Núm. de miembros de la Unidad Familiar | | | | | | |
| Número de usuario del SAD | | | | | | |

- DATOS SOCIO – FAMILIARES

| | | | |
|-----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Vive solo | <input type="checkbox"/> | Vive acompañado | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|

Unidad de convivencia

| Apellidos y Nombre | Parentesco | Edad | E.Civil | Nº Teléfono |
|--------------------|------------|------|---------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Otros familiares y/o vecinos

| Apellidos y Nombre | Parentesco | Domicilio y Localidad | Nº Teléfono |
|--------------------|------------|-----------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- 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"/> Ayuda para vestirse-desvestirse <input type="checkbox"/> Compañía a domicilio y/o salidas <input type="checkbox"/> Otros: levantamiento | <input type="checkbox"/> Respiro | <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 |

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------|---------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Resolución de dependencia | Grado y nivel | | Atenciones domiciliarias Conv. Dep iass |
|--------------------------|---------------------------|---------------|--|---|

| |
|--|
| |
|--|

- DECLARACIÓN RESPONSABLE DE DATOS PERSONALES Y ECONÓMICOS

D./D.ª _____ con D.N.I. n.º _____, declaro bajo mi responsabilidad que:

- La totalidad de los ingresos percibidos por la unidad familiar ascienden a la cantidad _____ €, y corresponden exactamente a la cuantías y datos señalados anteriormente.
- Los miembros de la unidad familiar son propietarios u ostentan algún derecho real sobre los siguientes bienes inmuebles, rústicos o urbanos (caso de no tener ninguno, tachar).

- Que todos los demás datos incluidos en el presente impreso y la documentación que lo acompaña son ciertos y correctos.

- Que se comprometo al estricto cumplimiento de las siguientes **obligaciones**:

1. Residir en la Comarca.
2. Facilitar la información que les sea requerida para cumplimentar la documentación básica, así como las tareas de seguimiento del funcionamiento de la ayuda a domicilio.
3. Aceptar la distribución del horario que el Servicio Social de Base establezca, según la disponibilidad y organización de la prestación de ayuda a domicilio. Se tendrá en cuenta la opinión de los beneficiarios al respecto.
4. Aceptar la cuota económica que les corresponda en función de los baremos económicos aprobados en la correspondiente Ordenanza fiscal de la Comarca.
5. Aceptar los servicios y recursos alternativos y complementarios a la prestación de ayuda a domicilio que existan en la Comarca y que reviertan en la mejora de las condiciones de vida de los usuarios.
6. Notificar cualquier variación en relación con su situación económica.
7. Notificar la ausencia del domicilio.
8. Tener un trato cordial y respetuoso con los/las auxiliares de ayuda a domicilio.
9. Facilitar a los/las auxiliares de ayuda a domicilio el material de limpieza que precisen.
10. Aceptar la firma de los compromisos para la prestación de la ayuda a domicilio.
11. Estar presentes en el domicilio en el momento de prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio, salvo causa justificada.
12. Comunicar a los Servicios Sociales Comarcales cualquier anomalía que se produzca en la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio.
13. La vivienda reunirá unas condiciones estructurales y de salubridad mínimas, pudiendo exigirse la adecuación de la vivienda con equipamiento básico.
14. En los casos que se considere necesario se establecerán compromisos de obligado cumplimiento.
15. Presentar cuando así se precise la documentación que señala el artículo 13 a efectos de renovación de la solicitud.
16. La no aceptación de estas obligaciones supondrá la exclusión de la solicitud del SAD

AUTORIZO, asimismo, la verificación y cotejo de los datos económicos con los datos económicos declarados con los de carácter tributarios obrantes en la Agenda Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O.M. 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, así como a consulta de mis datos de identificación personal, residencia, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado de dichos datos.

En _____, a _____ de _____ de _____
Firma del solicitante

PROTECCION DE DATOS:

"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"

SOLICITA:

Que, de conformidad con lo establecido en el reglamento Comarca del Aranda. Por el que se El Servicio de Ayuda a Domicilio y considerando que cumple los requisitos y condiciones establecidos en el mismo. Se admite a trámite la documentación adjunta y le sea concedida la prestación económica que corresponde.

En _____, a _____ de _____ de _____ I
Firma del Solicitante

DIRIGIDO AL PRESIDENTE DE LA COMARCA DEL ARANDA

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD

(Todas las fotocopias serán debidamente compulsadas)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia del DNI o documento acreditativo de su personalidad del solicitante en vigor |
| <input type="checkbox"/> | Certificado de empadronamiento y de convivencia |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia de la Declaración de la Renta de las Personas Físicas y del impuesto sobre el Patrimonio del solicitante y su unidad de convivencia. Cuando no tuviese obligación legal de presentar tales declaraciones, se presentará Certificado Negativo de la misma, declaración responsable de los ingresos que se perciban y de los bienes que se posean, aportando nómina de los seis últimos meses a la fecha de solicitud. |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia de la cartilla de la seguridad social |
| <input type="checkbox"/> | Informe médico |
| <input type="checkbox"/> | Certificado de minusvalía |
| <input type="checkbox"/> | Último recibo de alquiler de vivienda |
| <input type="checkbox"/> | Presupuesto anual o mensual de gastos farmacológicos |
| <input type="checkbox"/> | Número de cuenta bancaria |