

ANEXO II: SOLICITUD DEL SERVICIO PÚBLICO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA NO ESENCIAL

Datos de la persona interesada

Apellidos.....Nombre.....
 D.N.I.....Teléfono.....
 Domicilio.....nº..... piso.....
 Localidad.....C.P.....

Domicilio a efectos de Notificaciones (solo en caso de ser distinto al domicilio del interesado)

Domicilio.....nº..... piso.....
 Localidad.....C.P.....

SOLICITA:

Sad	Comida a Domicilio	Teleasistencia
------------	---------------------------	-----------------------

Complete los datos en el siguiente cuadro:

Marcar con una X la casilla correspondiente (solo una)	Nº de horas mensuales totales que desea recibir	Ayuntamiento o Diputación Provincial donde está recibiendo el servicio
<input type="checkbox"/> Recibir el servicio. Actualmente no lo recibe.		No cumplimentar
<input type="checkbox"/> Recibir el servicio. Lo recibe en otra Corporación Local		

NIE: P - 0906100 - C

....., a de de 20.....
 Firma del interesado / representante

D./Dña.....

Autorización del cónyuge o pareja de hecho (si procede)

Apellidos Nombre DNI
 Fecha de nacimiento.....

Que autorizo al Ayuntamiento de Burgos a que realicen las consultas que consideren oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.

....., a de de 20.....
 Firma del cónyuge o pareja de hecho

D./Dña.....

AYUNTAMIENTO DE BURGOS

Datos complementarios del servicio público de teleasistencia

(Rellenar sólo en caso de no haber solicitado anteriormente este servicio)

Datos personales

Nº de personas que conviven en el domicilio: _____

Datos socio-sanitarios

Cobertura sanitaria: Seguridad Social
Otros (ISFAS, MUFACE, ...): _____

Centro de Salud: _____ Médico/a: _____
Teléfono cita previa: _____ Teléfono urgencias: _____
Dirección: _____

Código de Identificación Personal CIP/CIPA (tarjeta sanitaria): _____
Número afiliación Seguridad Social: _____

Datos de personas de contacto

Nombre y apellidos: _____ Relación/Parentesco: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Tiene llaves de su domicilio: Sí No

Nombre y apellidos: _____ Relación/Parentesco: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Tiene llaves de su domicilio: Sí No

Estado de salud

Enfermedades / Operaciones / Alergias: _____

Medicación (Nombre y dosis): _____

Documentación necesaria a presentar junto a la solicitud:

- Fotocopia del DNI/NIE del solicitante y del cónyuge o pareja de hecho, en su caso.
- Informe de salud** para prestaciones sociales.
- Certificado de ingreso de pensiones o prestaciones del solicitante y del cónyuge o pareja de hecho, en su caso (no es necesario si únicamente presenta solicitud de teleasistencia)