



SOLICITUD DEL SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO

(Situaciones de dificultades ó falta de Autonomía Personal y Dependencia)

Datos del Interesado

Apellidos.....Nombre.....

Fecha nacimiento.....D.N.I..... Teléfono.....

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

Datos de la persona que le representa (cumplimentar si la solicitud se firma por persona distinta del interesado)

Apellidos.....Nombre.....

Fecha nacimiento.....D.N.I..... Teléfono.....

Representante en calidad de padre ó tutor de menor de 18 años.....

Como representante voluntario.....

Como representante legal o judicial.....

Como representante de presunto incapaz.....

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

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

Nº de Cuenta: Autorizo a que la Diputación de Segovia cargue mensualmente en la cuenta abajo expresada, el importe correspondiente por el Servicio de Ayuda a Domicilio:

CÓDIGO CUENTA CLIENTE															
ENTIDAD				OFICINA				DC		Nº CUENTA					

Titular:.....

SOLICITA: 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
Recibir el servicio. Actualmente no lo recibe.		No cumplimentar
Recibir diferente nº de horas de las que ya recibe	(1)	No cumplimentar
Continuar recibiendo el mismo nº de horas que ya recibe.	No cumplimentar	No cumplimentar
Recibir el servicio. Lo recibe en otra Corporación Local		

(1) Señale el número total de horas mensuales que desea recibir, incluyendo las que ya recibe.

RÉGIMEN ECONÓMICO EN CASO DE MATRINOMIO O PAREJA DE HECHO:

¿Cuál es el régimen económico?

Régimen gananciales

Régimen de separación de bienes (acreditar)

HIJOS DEL/LA BENEFICIARIO/A, MENORES DE 18 AÑOS,

1. NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI/N.I.E: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

2. NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI/N.I.E: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

3. NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI/N.I.E: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DECLARO

- Que en(indicar localidad) he presentado **solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia** y el derecho a prestaciones. (Si lo conoce, **indique la fecha:/...../.....**)
- Que me comprometo a comunicar cualquier variación que se produjera en las circunstancias aquí indicadas.
- **Que** **SI** **No** autorizo a Diputación de Segovia, en colaboración con la empresa CLECE Servicios Sociales como adjudicataria del Servicio Público de Ayuda a domicilio, **a implantar en mi domicilio el sistema RLI de Control de Presencia permitiendo a la auxiliar del servicio que realice dos llamadas diarias a la centralita de control de datos, una a la llegada a mi domicilio y otra a la salida del mismo, utilización del teléfono que No representará ningún coste para mi.**

....., 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 a la Diputación de Segovia 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.....

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero, cuya finalidad es gestionar la prestación social solicitada, y no podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Diputación Provincial y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es la calle San Agustín, 23, de Segovia, de todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.