

**SOLICITUD DE SERVICIO DE
ATENCIÓN A DOMICILIO**

AYUNTAMIENTO DE:

Nº de Expediente:

DATOS DEL INTERESADO

Don/Doña

con D.N.I.

nacido/a

con residencia en

Teléfono nº

EXPONE

Que dada su situación personal y/o familiar, requiere ser atendido por el Servicio de Atención a Domicilio.

DECLARA

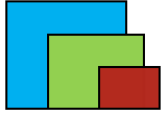
Que acepta las condiciones económicas, así como las prestaciones que establezca el Servicio Social de Base y las frecuencias y horario de las mismas.

SOLICITA

Que le sea concedida la prestación del Servicio de Atención a Domicilio para lo cual presenta la documentación requerida.

Tafalla a, de de 20.....

FIRMA



DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS FAMILIARES

DATOS ECONÓMICOS

Declara y promete que sus ingresos por todos los conceptos son y ascienden a _____ euros., y se corresponden con:
Pensiones _____ Trabajo _____

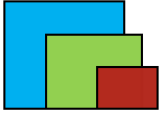
| RENTAS DE CAPITAL MOBILIARIO E INMOBILIARIO | | |
|---|--------------------------------|------------|
| CONCEPTO | RENDIMIENTOS EFECTIVOS (Anual) | VALOR REAL |
| Imposiciones aplaz. | | |
| Valores | | |
| Locales | | |
| Vivienda/s | | |
| Terrenos | | |
| Otras | | |
| | | |

CONVIVENCIA

Declara y promete que convive con las siguientes personas:

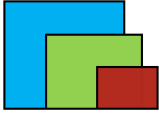
| CONVIVIENTES | PARENTESCO | EDAD | INGRESOS ANUALES |
|--------------|------------|------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FIRMA



DOCUMENTACIÓN BÁSICA A ADJUNTAR A LA SOLICITUD

- ◆ Fotocopia del D.N.I. del beneficiario-solicitante y, si procediera, del cónyuge.
- ◆ Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria (anverso y reverso).
- ◆ Fotocopia de la Declaración de la Renta correspondiente al último ejercicio fiscal o Declaración Negativa en el supuesto de no existir obligación legal de declarar.
- ◆ Documentos acreditativos del conjunto de ingresos económicos del beneficiario y de su unidad familiar: nóminas, pensiones, prestaciones del INEM, certificados bancarios de intereses de capital.....
- ◆ Informe sanitario.
- ◆ Reconocimiento de Minusvalía, si existiera.
- ◆ Impreso de Domiciliación Bancaria, destinado al abono de las posibles tasas.
- ◆ Otros documentos complementarios de interés para la resolución de la solicitud.



**CONTRATO DE SERVICIO
ACUERDO DE DETERMINACIÓN DE TAREAS
EN EL DOMICILIO**

D./D^a.
Dirección:

Expediente N^o
D.N.I. N^o
Localidad:

Solicitante del Servicio de Ayuda a Domicilio **SE COMPROMETE** a:

- ◆ Admitir un periodo de prueba para confirmar la idoneidad del servicio inicialmente determinado.
- ◆ Notificar cualquier cambio de la situación que da origen a la concesión. En especial si durante un periodo determinado de tiempo acuden al domicilio a vivir familiares del solicitante, en cuyo caso se valorará la continuidad o no del Servicio mientras permanezcan las visitas.
- ◆ Abonar las tarifas que sean de aplicación en base a la Ordenanza Reguladora del Servicio.
- ◆ Facilitar a la Trabajadora Familiar los útiles y materiales necesarios para el desarrollo de las tareas asignadas de carácter personal o doméstico, y que éstos no sean perjudiciales para la salud.
- ◆ No imponer a la Trabajadora Familiar tareas no asignadas o atentar contra el respeto personal y profesional que requiere el desarrollo de sus funciones.
- ◆ Seguir estimulando y utilizando la red natural de atención disponible (Unidad convivencial o familia no conviviente a la que el SAD no debe suplantar sus responsabilidades legales, sociales y emocionales).
- ◆ Adaptar la demanda de atenciones exclusivamente a lo expresado en el presente acuerdo.

FRECUENCIA (Podrá variar valorando circunstancias)

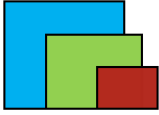
| MARCO BÁSICO DE TAREAS A REALIZAR | Men. | Quin. | Sem. | Diar. |
|--|-------------|--------------|-------------|--------------|
| * | | | | |
| * | | | | |
| * | | | | |
| * | | | | |
| * | | | | |
| * | | | | |

RECONOCIMIENTO DE ACUERDO

Tafalla a, de de 20.....

Por el Servicio:

Por el/la Solicitante:



COMPROMISO DE ACEPTACIÓN DE ABONO DE TASAS

Don/Doña: _____

D.N.I. nº _____

Con Domicilio en: _____ Calle: _____

Mediante la firma del presente documento SE COMPROMETE AL ABONO DE LA TASA en la cuantía que corresponda, según los precios públicos vigentes, como contrapartida a la asignación del SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO que el Ayuntamiento de _____ le ha efectuado, en relación a su solicitud.

Para ello, propone que el cargo del referido importe sea realizado en los **cinco primeros días de cada mes**, mediante domiciliación bancaria en:

- * Entidad
- * Nº de cuenta (20 dígitos)

Del contenido de la presente notificación será informada por la persona interesada a la entidad bancaria en cuestión, al objeto de que atienda los recibos correspondientes en el plazo señalado.

Tafalla a, de de 20.....

Fdo.: _____