



SOLICITUD DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS SOLICITANTES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI	FIRMA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI	FIRMA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI	FIRMA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI	FIRMA

DOMICILIO: C/ _____

C.P. _____ Teléfonos nº _____

SOLICITA

La prestación del **Servicio de Teleasistencia Domiciliaria**, considerando que cumple los requisitos para acceder al mismo.

Cáceres, ____ de _____ de _____

Fdo.: _____

AUTORIZACIÓN DE COMPROBACIÓN DE OFICIO

AUTORIZO, mediante la firma de la solicitud, al órgano gestor para recabar información y las certificaciones oportunas facilitadas por el propio Ayuntamiento de Cáceres y/o por otras Administraciones Públicas a través de los servicios de cesión de datos para las Administraciones Públicas u otros Organismos Públicos, de todos los miembros de la unidad básica de convivencia (Declaración IRPF, información catastral, empadronamiento colectivo y convivencia, otros: _____).

NO AUTORIZO, EXPRESAMENTE, al órgano gestor para recabar información y las certificaciones oportunas facilitadas por el propio Ayuntamiento de Cáceres y/o por otras Administraciones Públicas a través de los servicios de cesión de datos para las Administraciones Públicas u otros Organismos Públicos, de todos los miembros de la unidad básica de convivencia, Y POR LO TANTO DEBERÉ APORTAR LOS CERTIFICADOS OPORTUNOS de todos los miembros de la unidad básica de convivencia.

ILMA. SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CÁCERES



OTROS DATOS DE INTERÉS

PERSONA DE CONTACTO

D. /DÑA. _____

D.N.I. _____ Localidad: _____

Domicilio: _____

Teléfonos: _____

Relación con solicitante: _____

Fdo.: _____

(Firma persona de contacto)

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR A LA SOLICITUD

- Fotocopia del D.N.I. del solicitante.
- Informe médico actualizado del solicitante y demás miembros si procede.
- Certificado de calificación del grado de discapacidad, si procede.
- Fotocopia de Tarjeta Sanitaria.
- Vida laboral de los miembros mayores de 16 años y menores de 65 años, en su caso.

En caso de **NO AUTORIZAR expresamente** la comprobación de oficio, deberá presentar además:

- Certificado de convivencia expedido por el Ayuntamiento.
- Certificado de empadronamiento colectivo con relación de personas empadronadas en el domicilio.
- Justificante de ingresos (nóminas, certificados de pensiones del año en curso, certificados del SEPE, etc.) de todos los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años.
- Fotocopia completa de la Declaración de la Renta **del último ejercicio** de los mayores de 16 años que convivan en el domicilio.