



**PROGRAMA SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR**

**SOLICITUDE**  **EXPEDIENTE**

Prórroga (1) <input type="text"/>	Persoa maior	<input type="checkbox"/> Autónoma	<input type="checkbox"/> Dependente
1ª vez (2) <input type="text"/>	Persoa con discapacidade	<input type="checkbox"/> Autónoma	<input type="checkbox"/> Dependente
	Outras:	<input type="checkbox"/> Menores	<input type="checkbox"/> Familias desestabilizadas

(1) Todas aquelas persoas que xa son beneficiarias destas axudas 2) Aquelas persoas que non se beneficiaron destas axudas en anos anteriores

**DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE 1**

<b>NOME E APELIDOS</b>		<b>DNI</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DATA DE NACEMENTO</b>	<b>ENDEREZO</b>	<b>LOCALIDADE</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>PROVINCIA</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>COBERTURA SANITARIA</b>	<b>Nº</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE 2**

<b>NOME E APELIDOS</b>		<b>DNI</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DATA DE NACEMENTO</b>	<b>ENDEREZO</b>	<b>LOCALIDADE</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>PROVINCIA</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>COBERTURA SANITARIA</b>	<b>Nº</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATOS DO REPRESENTANTE (SE É O CASO)**

<b>NOME E APELIDOS</b>		<b>DNI</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DATA DE NACEMENTO</b>	<b>ENDEREZO</b>	<b>LOCALIDADE</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>PROVINCIA</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>COBERTURA SANITARIA</b>	<b>Nº</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**MODALIDADE DO SERVIZO SOLICITADO**

MODALIDADE DO SERVIZO SOLICITADO		PRESTACIÓNS COMPLEMENTARIAS
<input type="checkbox"/> Aseo e hixiene persoal	<input type="checkbox"/> Lavado e pranchado (dentro)	<input type="checkbox"/> Teleasistencia
<input type="checkbox"/> Seguemento tratamento médico	<input type="checkbox"/> Preparación de comidas	<input type="checkbox"/> Servizo privado
<input type="checkbox"/> Apoio nas mobilizacións	<input type="checkbox"/> Compras	<input type="checkbox"/> Outras

**DECLARO:**  
 Declaro baixo a miña responsabilidade que son certos os datos consignados na presente solicitude e nos documnetos que se xuntan, que non existe omisión de datos e que se autoriza aos **Servicios Sociais de Atención Primaria do Concello de Baralla** para que realice as consultas necesarias e ficheiros públicos para os efectos de **comprobar a veracidade dos datos declarados.**

Baralla , a \_\_\_\_\_

(Sinatura do solicitante ou do seu representante)

Para cubrir pola administración <b>RECIBIDO</b>	<input type="text"/>
	DATA DE ENTRADA
	DATA DE ARQUIVO

**Sr. Alcalde-Presidente do Concello de Baralla**