



SOLICITUD DE AYUDA A DOMICILIO

Datos del interesado:

Nombre		Apellidos		
DNI	Fecha de Nacimiento		Estado Civil	
Domicilio		Localidad	C.P.	Provincia
Tfno.	Nº de miembros de la unidad familiar			

Datos del representante (en caso de menores de edad e incapacitados):

Nombre		Apellidos		
DNI	Domicilio			
Localidad		C.P.	Provincia	
Tfno.	Relación con el solicitante de la petición			

Causas que motivan la petición:

Declarando, bajo mi responsabilidad, que todos los datos reflejados son ciertos

En , a de de 2.00

Firma



SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (DOCUMENTACIÓN)

Solicitud (modelo estándar, Hoja 1)

Fotocopia compulsada del Documento Nacional de Identidad (D.N.I.) del solicitante.

Fotocopia compulsada del D.N.I del representante legal (en caso de menores de edad e incapacitados)

Fotocopia de la tarjeta sanitaria

Fotocopia del Libro de Familia (en menores de edad)

Documento acreditativo de residencia española (en solicitantes no nacionales)

Informe Médico (modelo estándar, Hoja 3)

Certificado de minusvalía

Documentos acreditativos de ingresos.

Fotocopia compulsada de la última declaración de la Renta y del Patrimonio.

Certificado de Imputaciones del I.R.P.F. (Hacienda)

Declaración jurada de bienes (modelo estándar, Hoja 4)

Copia de la Notificación Individual de Valores Catastrales de bienes inmuebles Rústicos y Urbanos (Ayuntamiento)

Volante de convivencia (Ayuntamiento)

Solicitud de Domiciliación Bancaria (modelo estándar, Hoja 5)

NOTA: La documentación solicitada se hace extensiva a todos los miembros de la unidad de convivencia



INFORME MÉDICO

Datos personales:

Nombre		Apellidos	
DNI	Domicilio		
Localidad		C.P.	Provincia
Tfno.	Edad		

Antecedentes personales:

Estado de Salud actual:

Limitaciones en el campo visual	leve	moderada	total
Limitaciones en el campo auditivo	leve	moderada	total
Incontinencia	ocasional	frecuente	total
Patología Respiratoria	ocasional	frecuente	grave
Dificultad en el manejo de las extremidades superiores	ocasional	frecuente	grave
Dificultad en el manejo de las extremidades inferiores	ocasional	frecuente	grave
Patología cardíaca	ocasional	frecuente	grave
Trastorno Mental	ocasional	frecuente	grave
Otros:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		

Tratamiento:

Observaciones (Orientaciones al S.A.D.):

Firma y N° de Colegiado

En , a de de 2.00





DECLARACIÓN JURADA DE BIENES

D./Dña

HACE CONSTAR, que durante el año anterior al actual, sus ingresos totales por todos los conceptos, justificados con los documentos que se acompañan, son:

	SI	NO	VALOR CATASTRAL	RENTA ANUAL
TIERRAS				
CASAS				
LOCALES				
OTROS				

	SI	NO	SALDO ANUAL	INTERESES ANUALES
CERTIFICADO DE DEPÓSITO				
PLAZO FIJO				
ACCIONES Y OBLIGACIONES				
BONOS				
CARTILLA DE AHORROS				
CUENTA CORRIENTE				
OTROS				

PENSIONES, SUBSIDIOS, SUELDOS, otros SI NO Nº
 CLASE CUANTIA ANUAL Nº PAGAS EXTRAS

DECLARACIÓN DE LA RENTA: SI NO

Nº DE MIEMBROS QUE CONVIVEN EN LA UNIDAD FAMILIAR:

PARENTESTO:

CONVIVE CON EL SOLICITANTE ALGÚN MINUSVÁLIDO: SI NO Nº

RÉGIMEN DE TENENCIA VIVIENDA EN RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:

PROPIEDAD CECIDA EN USO ALQUILER
 EN CASO DE ALQUILER, CUANTÍA MENSUAL DEL MISMO:

En , a de de 2.00

Firma



SOLICITUD DE DOMICILIACIÓN BANCARIA (Para el pago de impuestos o tributos)

DATOS CONTRIBUYENTE:

N.I.F.	Apellidos y Nombre o Razón Social

ENTIDAD BANCARIA

OFICINA

TITULAR DE LA CUENTA

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC)

(20 dígitos)

CONCEPTOS DE APLICACIÓN	REFERENCIA DEL RECIBO

En , a de de 2.00

El interesado,