



SOL.LICITUD SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA

Dades d'identificació de la persona sol·licitant

Nom	Primer cognom	Segon cognom	Data de naixement
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Nº Identificació DNI/NIE	Nº Targeta Sanitària (CIP)	

Adreça de la persona sol·licitant

Tipus de Via		Nom de la via			
Número	Escala	Pis	Porta	Codi postal	
Telèfon fix		Telèfon mòbil		Adreça electrònica	

Dades de contacte per fer la instal·lació del servei

Nom i cognoms Tipus de relació amb la persona sol·licitant Telèfon de contacte

Dades d'accés al servei

El domicili disposa de línia telefònica fixa? Sí No

La persona sol·licitant té reconegut oficialment un grau de discapacitat? Sí No

Supera el barem d'assistència de 3a persona

Supera el barem de mobilitat reduïda

La persona sol·licitant disposa de la resolució de grau de dependència? Sí No

Indicar grau: Trieu un element. Indicar nivell: Trieu un element.

La persona sol·licitant té capacitat cognitiva suficient per poder fer ús del servei? Sí No

SITUACIÓ ECONÒMICA

INGRESSOS					
PROCEDÈNCIA DELS INGRESSOS:		Quantia mensual			€
		Quantia mensual			€
		Quantia mensual			€
PATRIMONI		Quantia			€
ESTALVI		Quantia			€
TOTAL INGRESSOS:					€
DESPESES FIXES MENSUALS					
Lloguer	€	Hipoteca	€	Assegurança	€
Tarja de Crèdit	€	Préstecs	€	Altres	€
TOTAL APROXIMAT DE DESPESES:					€
Observacions:					



Dades d'identificació nucli de convivència

La persona sol·licitant viu sola

La persona conviu acompanyada de les següents persones:

Nom	Cognoms	DNI / NIE	Data naixement	Parentiu	Sol·licita ser beneficiari del Servei de Teleassistència? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ingressos		Total			€
Nom	Cognoms	DNI / NIE	Data naixement	Parentiu	Sol·licita ser beneficiari del Servei de Teleassistència? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ingressos		Total			€
Nom	Cognoms	DNI / NIE	Data naixement	Parentiu	Sol·licita ser beneficiari del Servei de Teleassistència? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ingressos		Total:			€

Declaro:

1. Que són certes totes les dades d'aquesta sol·licitud i els documents que s'adjunten, com també les facilitades als professionals.
2. Que estic informat/da que tinc l'obligació de comunicar qualsevol variació de les circumstàncies en un termini de 10 dies.
3. Que em comprometo a aportar els documents que es requereixin relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud.
4. Que estic informat/da que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes podrà ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meua sol·licitud o l'atorgament de la prestació del servei, sense perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.
5. Que estic informat del contingut de l'apartat d'autoritzacions que consta en aquesta sol·licitud.

Autoritzo:

1. A l'Ajuntament de Lloret de Mar a consultar les meves dades a altres administracions o organismes per comprovar si compleixo les condicions requerides a l'objecte d'aquesta sol·licitud i pugui consultar-les durant la seva vigència.
2. A efectuar les consultes necessàries amb l'Agència Estatal d'Administració Tributària a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés al recurs sol·licitat i a revisar-les fins a l'extinció del recurs.
3. En compliment de l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran als fitxers automatitzats titulars de la Secció de Benestar i Família amb les finalitats pròpies per a la gestió dels Serveis adscrits i amb el consentiment exprés per al tractament de la finalitat indicada.
4. Així mateix, us comuniquem que les dades esmentades es facilitaran a l'entitat prestadora del Servei de Teleassistència amb la única finalitat de la prestació del servei.

Consentiment per a ús de dades personals:

Les dades personals tindran caràcter confidencial i només seran tractades per l'Ajuntament de Lloret de Mar en funció de la seva naturalesa o cedides a tercers en els casos i en les condicions previstes a la normativa. Així, amb el marcatge específic i la signatura d'aquest document, la/es persona/es signatària/es **donen o no donen** el seu consentiment per a que les administracions públiques implicades en la prestació del servei de Teleassistència i en l'àmbit de les seves competències, per si mateixes o a través d'empreses i/o entitats subcontractades, puguin fer ús de les dades personals facilitades per a la realització d'enquestes i/o entrevistes per conèixer la qualitat del servei que s'està prestant i el grau de satisfacció dels usuaris, i també per a la tramesa d'informació general o específica que pugui ser d'interès en matèria de serveis socials.

Dona consentiment

No dona consentiment

Nom i Cognoms:

Lloc i data:

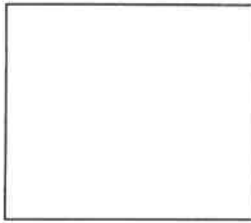
Signatura de la persona sol·licitant

Signatura de les persones convivents



Documentació que cal adjuntar a la sol·licitud

- Volant de convivència** de l'Ajuntament.
- Fotocòpia del DNI del/la titular**, i en cas de parella/matrimoni, fotocòpia del DNI dels dos.
- Justificants d'ingressos i despeses** de la unitat de convivència.
- Full de **Domiciliació Bancària**.
- Informe mèdic** signat i segellat pel metge/ssa de capçalera de l'usuari/a
- En cas de persona amb discapacitat, fotocòpia del certificat** on figuri que supera el barem d'assistència de tercera persona i/o de mobilitat reduïda.
- En cas de persona amb dependència, fotocòpia de la resolució** de reconeixement de la situació de dependència.



NOM I COGNOMS DE L'USUARI/A:

EFFECTUAT PER EL/LA DOCTOR/A:

CENTRE DE SALUT:

TELÈFON:

DATA:

Segell i Signatura

DIAGNÒSTIC DE PATOLOGIES/AFECCIONS

PULMONAR

- Bronquitis crònica
- Asma
- Emfisema
- Bronquièctasi
- Oxigenoteràpia
- Tuberculosi

OSTEOARTICULAR I TEIXIT CONJUNTIU

- Osteoporosi
- Artrosi
- Espondilosi i trastorns afins
- Artritis reumatoide
- Fractura de fèmur
- Fractura de maluc

PSIQUIÀTRIC / ESTADO DE ÀNIMO

- Depressió
- Esquizofrènia
- Psicosi maniacodepressiva
- Trastorns neuròtics

PROBLEMES DE SALUT

- Caigudes repetides
- Pèrdua de pes superior al 10% en 6 mesos
- Obesitat
- Dispnea en repòs
- Vertigen
- Agitació psicomotora
- Alteració del ritme del son
- Incontinència
- Sonda

CIRCULACIÓ

- Insuficiència cardíaca
 - Cardiopatia isquèmica
 - Alteracions del ritme cardíac
 - Hipertensió arterial
 - Multiinfart cerebral
 - AVC
 - TIA
 - Arteriopaties perifèriques
 - Trastorns venosos perifèrics
 - Marcapasos
 - Pren anticoagulants
- Indiqueu quina: _____

NEUROLÒGIC

- Malaltia d'Alzheimer
- Altres demències
- Esclerosi múltiple
- Malaltia de Parkinson

ALTRES

- Diabetis
- Insulinodependent
- Hepatitis vírica
- Hipertiroidisme
- Hipotiroïdisme
- Dislipèmia
- Anèmia
- Insuficiència renal crònica
- Hiperplàsia de pròstata
- Hàrnia de hiatus
- Úlcera gàstrica
- Cataractes
- Glaucoma
- Enolisme crònic
- Infecció per VIH
- Alimentació parenteral
- Pateix malaltia infecto-contagiosa. Indiqueu: _____

ALTRES. INDIQUEU:

ALTRES MALALTIES O OBSERVACIONS:

AL·LÈRGIA. ESPECIFIQUEU:

--	--

Adjuntar informació de medicació d'especial rellevància per a patologies cròniques

Tresoreria

Plaça de la Vila, 1 – Tel 972 36 18 00
17310 – Lloret de Mar (Girona)

ORDRE DE DOMICILIACIÓ DE DÈBIT DIRECTE SEPA CORE

Avís important: Perquè aquesta notificació sigui efectiva cal lliurar als serveis tributaris de l' Ajuntament de Lloret de Mar, una còpia signada pel titular del compte bancari autoritzant el/s càrrec/s corresponent/s.

Dades bancàries – Titular del compte bancari

Entitat				Sucursal												
Domicili								SWIFT – BIC								
Codi IBAN		Codi Banc		Núm. Sucursal			D.C		Número de compte							
Titular cte.				Domicili												
Localitat				Telèfon												

Us prego que fins a nou avís feu efectius a l' Ajuntament de Lloret de Mar, amb càrrec al meu compte corrent, els rebuts que a continuació us detallo:

Nom i cognoms o raó social	Concepte tributari	Situació de la finca	Identificació

Lloret de Mar, de/d' de 20
Signatura