



## SOLICITUD DEL SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO

(Situaciones de dificultades ó falta de Autonomía Personal y Dependencia)

### Datos del Interesado

Apellidos.....Nombre.....  
 Fecha nacimiento.....D.N.I..... Telefono.....  
 Domicilio.....nº.....Localidad.....C.P.....

### Datos de la persona que le representa. (cumplimentar si la solicitud se firma por persona distinta del interesado)

Apellidos.....Nombre.....  
 Fecha nacimiento.....D.N.I..... Teléfono.....  
 Representante en calidad de padre ó tutor de menor de 18 años.....   
 Como representante voluntario.....   
 Como representante legal o judicial.....  
 Como representante de presunto incapaz.....

### **Domicilio a efectos de Notificaciones (solo en caso de ser distinto al domicilio del interesado)**

Domicilio.....nº.....Localidad.....C.P.....

**Nº de Cuenta: Autorizo a que el Ayuntamiento de Segovia cargue mensualmente en la cuenta abajo expresada, el importe correspondiente por el Servicio de Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia:**

CÓDIGO CUENTA CLIENTE															
ENTIDAD				OFICINA				DC	Nº CUENTA						

**SOLICITA:** complete los datos en el siguiente cuadro:

Marcar con una X la casilla correspondiente (solo una)	Nº de horas mensuales totales que desea recibir	Ayuntamiento o Diputación Provincial donde está recibiendo el servicio
Recibir el servicio. Actualmente no lo recibe.		<b>No cumplimentar</b>
Recibir diferente nº de horas de las que ya recibe	(1)	<b>No cumplimentar</b>
Continuar recibiendo el mismo nº de horas que ya recibe.	<b>No cumplimentar</b>	<b>No cumplimentar</b>
Recibir el servicio. Lo recibe en otra Corporación Local		

(1) Señale el número total de horas mensuales que desea recibir, incluyendo las que ya recibe.

Segovia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(Firma)**

**Continúa al dorso**

**Ilmo. Sr. Alcalde-Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Segovia**

**RÉGIMEN ECONÓMICO EN CASO DE MATRIMONIO O PAREJA DE HECHO:**

Régimen de gananciales

Régimen separación de bienes (acreditar)

**HIJOS DEL / LA BENEFICIARIO/A MENORES DE 18 AÑOS.**

1. NOMBRE Y APELLIDOS:.....  
DNI/NIE:..... FECHA NACIMIENTO.....

2. NOMBRE Y APELLIDOS:.....  
DNI/NIE:..... FECHA NACIMIENTO.....

3. NOMBRE Y APELLIDOS:.....  
DNI/NIE:..... FECHA NACIMIENTO.....

**DECLARO**

- Que en .....(indicar localidad) he presentado solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a prestaciones. (Si lo conoce, indique la fecha: ..... /...../.....)
- Que autorizo al Ayuntamiento a que realicen las consultas que consideren oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.
- Que me comprometo a comunicar cualquier variación que se produjera en las circunstancias aquí indicadas.

....., a ..... de ..... de 20.....

Firma del interesado / representante

D./Dña.....

**Autorización del cónyuge o pareja de hecho (si procede)**

Apellidos ..... Nombre ..... DNI .....

Fecha de nacimiento.....

Que autorizo a/la Ayuntamiento de Segovia a que realice las consultas que consideren oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.

....., a ..... de ..... de 20.....

Firma del cónyuge o pareja de hecho

D./Dña.....

**Datos de Carácter Personal:** Los datos recogidos, conforme a lo previsto en la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, serán incluidos en un fichero, inscrito en el RGPD y cuyo responsables es el Ayuntamiento de Segovia. La posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se ejercerán en el Registro General del Ayuntamiento de Segovia, Plaza Mayor 1, 40001 Segovia, indicando la referencia "Protección Datos".