

**SOLICITUD DE TELEASISTENCIA
DOMICILIARIA**

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. nº: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2 : _____

Domicilio: Calle/Plaza: _____

Nº: _____ Población: _____ C.P. _____

Correo electrónico: _____ @ _____

BENEFICIARIOS

Solicitante

Otros beneficiarios

Nombre y apellidos: _____ D.N.I. nº: _____

Nombre y apellidos: _____ D.N.I. nº: _____

DATOS DE LA SOLICITUD

ALTA

CAMBIO DE TITULARIDAD Nombre titular anterior: _____

El solicitante y los abajo firmantes residentes, en el mismo domicilio, y solo a los efectos requeridos en la presente solicitud, declaran expresamente su consentimiento a que el Ayuntamiento pueda consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración, en especial los datos tributarios ante la AEAT relativos a nivel de renta y consultar sus datos catastrales sobre bienes, a fin de comprobar la situación económico-patrimonial, a los efectos requeridos en la presente solicitud, y consultar los datos en el Padrón de habitantes.

Nombre	Parentesco	DNI	Firma
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DOCUMENTOS A APORTAR: (Marque las casillas de los documentos aportados)

Fotocopia de D.N.I. (en vigor) del solicitante.

Fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social o del régimen al que pertenezca

Justificante de los ingresos económicos totales de la unidad familiar

Fotocopia del último ejercicio de la Declaración Renta del solicitante y su unidad familiar.

Informe médico, extendido por el sistema público de salud, según modelo establecido en el Reglamento.

Certificado de condición legal de discapacitado y reconocido como tal en la forma prevista en el R.D. 1971/99 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, en el caso que corresponda.

Cualquier otro documento que el trabajador social considere necesario para valorar la solicitud y el cumplimiento de los requisitos.

Cuando exista más de un beneficiario del Servicio la documentación se presentará a nombre de cada uno de ellos

San Cristóbal de La Laguna, a _____

FIRMA,

Fdo: _____

EXCMO. SR. ALCALDE PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna, en el S. A.C. ubicado en la calle San Agustín, 38- C.P. 38201, y S.A.C. de las Tenencias de Alcaldía.