

**SOLICITUD DE SERVICIO DE AYUDA A  
DOMICILIO**

**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  
 MODIFICACIÓN DEL SERVICIO  
 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 u otros miembros de la unidad familiar/convivencial.  
 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 Municipal.  
 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.

**Quando 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**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en ficheros propiedad del Excmo. Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna, cuya finalidad es atender a lo solicitado, y no podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el Ayuntamiento y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en el S.A.C. ubicado en la calle San Agustín, 38- C.P. 38201 ,San Cristóbal de La Laguna, y S.A.C. de las Tenencias de Alcaldía , todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.