



SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

MUNICIPIO DE: _____

SOLICITUD DE INCLUSIÓN

DATOS DEL/LA USUARIO/A:

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ INGRESOS FAMILIARES: _____

NÚMERO DE MIEMBROS QUE CONVIVEN EN EL HOGAR: _____

ES USUARIO/A DEL S.A.D.: SI –FECHA: _____ NO

El/la solicitante abajo firmante acepta las condiciones técnicas del Servicio de Teleasistencia domiciliaria, comprometiéndose particularmente a:

- Autorizar el acceso a la vivienda del/la Trabajador/a Social responsable del seguimiento del Programa.
- Proporcionar toda la información personal requerida.
- Autorizar la instalación de la Línea Telefónica en su domicilio(en caso de no tenerla).
- Confiar juego de llaves del domicilio a la persona o personas que determina.
- Realizar un buen uso del material instalado.
- Asumir el coste de las llamadas de carácter particular.
- Asumir el pago del precio público del servicio en caso de que se establezca, en la cantidad que le corresponda según su nivel de renta.

FECHA DE LA SOLICITUD: _____

Conforme
El/la usuario/a

FDO.: _____

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

- D.N.I.
- Certificado de Empadronamiento y Convivencia.
- Certificado de ingresos económicos de la unidad familiar.
- Personas de contacto del/la solicitante, haciendo constar:
nombre y apellidos
dirección
teléfono
si cuentan con llave de la casa del/la usuario/a.
- Centro Sanitario de referencia y nombre, dirección y teléfono de médico de cabecera.
- Datos del tratamiento médico actual.
- Cualquier otro dato de interés para el Servicio.