

SOLICITUD DEL SERVICIO DE COMIDAS A DOMICILIO

DATOS DEL /LA SOLICITANTE

| | | | | | | |
|---|--|------------------|---------------------------|-----------------|-------------------------|--|
| APELLIDOS, NOMBRE | | | | | FECHA NACIMIENTO | |
| D.N.I. / N.I.E. | | DIRECCIÓN | | | | |
| LOCALIDAD | | CP | | TELÉFONO | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | | MÓVIL | |
| ¿ES USUARIO/A DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO? | | | ¿TIENE MICROONDAS? | | | |

¿Existe **otra persona** en su domicilio que solicita este Servicio? NO SÍ

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|------------------------|--|
| APELLIDOS, NOMBRE | | | D.N.I. / N.I.E. | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | | | |

DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO

| | | | | | |
|--------------------------|--|---------------------------|--|----------------------|--|
| APELLIDOS, NOMBRE | | | | PARENTESCO | |
| DIRECCIÓN | | | | CÓDIGO POSTAL | |
| TELÉFONO MÓVIL | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |

El/La Solicitante manifiesta que:

- **Acepta la obligación de comunicar al Ayuntamiento cualquier variación en los datos declarados que pudiera producirse en lo sucesivo.**
- **Acepta contribuir económicamente con el porcentaje que resultase según la Ordenanza vigente por la prestación de este servicio.**
- **Permanecerá en el domicilio en el momento del reparto**
- **Acepta el acceso a su vivienda del personal repartidor del Servicio de Comida Domicilio y atender las indicaciones que se le faciliten.**
- **Autoriza al Ayuntamiento de Ciudad Real a consultar los datos necesarios para la tramitación de esta solicitud en los ficheros obrantes en el propio Ayuntamiento, así como en otras Administraciones.**
- **Declara ser cierto los datos consignados en la presente solicitud.**

En Ciudad Real, a..... de..... de 20.....

FIRMA DEL/LA SOLICITANTE.

BENEFICIARIOS:

- Personas beneficiarias del **Servicio de Ayuda a Domicilio**.
- Personas **mayores de 65 años** que presenten algún tipo de dependencia en la preparación de comidas por **dificultad motora o sensorial**.
- Personas **mayores de 65 años** que convivan con una **persona dependiente**.
- Personas **mayores de 65 años** en situación de **aislamiento social**.
- Personas con **discapacidad** que presenten algún tipo de dependencia **en la preparación de comidas por dificultad motora o sensorial**.

REQUISITOS:

- Estar **empadronado/a** en Ciudad Real.
- ******Tener algún tipo de **dependencia o calificación de discapacidad** motora o sensorial.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- **Solicitud** debidamente cumplimentada y firmada por el solicitante.
- Fotocopia del **D.N.I.** del/la solicitante
- ******Informe médico **que justifique** dificultad motora o sensorial para la preparación de comidas.
- Ficha **médica/enfermería** (se cumplimenta en el centro de salud), debe estar **sellada por el facultativo**.
- Fotocopia de valoración de **dependencia o de calificación de discapacidad** (si la tiene).
- **Ficha a terceros** sellada por su entidad bancaria.
- **Saldo** bancario actual del/la solicitante y cónyuge.
- Justificante de **ingresos económicos** del/la solicitante y cónyuge (trabajo, pensión, prestación) o justificante negativo (de no recibir ingresos, prestación, pensión).
- Justificante de **gastos** de la **vivienda habitual** (alquiler o hipoteca), **gastos socio-sanitarios** (centro de día, rehabilitación, personal de apoyo en el domicilio, gastos de farmacia...)

EN EL CASO DE SOLICITAR EL/LA CÓNYUGE DICHO SERVICIO, DEBERÁ PRESENTAR:

- Fotocopia del **D.N.I.**
- ******Informe médico **que justifique** dificultad motora o sensorial para la preparación de comidas.
- Ficha **médica/enfermería** (se cumplimenta en el centro de salud), debe estar sellada por el/la facultativo

TODOS LOS DOCUMENTOS SE PRESENTARÁN

- **Telemáticamente** en la Sede Electrónica del Ayuntamiento, <http://www.ciudadreal.es> o
- **Presencialmente** en el Registro de Concejalía de Servicios Sociales, Mayores y Familia

EXCMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE CIUDAD REAL