



AYUNTAMIENTO DE CONIL DE LA FRONTERA (CÁDIZ)
DELEGACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

SOLICITUD DE INCLUSIÓN

D/D^a. _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ N.I.F.: _____

- En caso de que lo solicite otra persona en su lugar, especificar:

D/D^a. _____
Teléfono: _____ N.I.F.: _____
Relación con el solicitante: _____

Número de miembros que conviven en el hogar: _____

Miembros para los que se solicita el servicio y relación:

Ingresos familiares mensuales: _____

Situación que motiva la solicitud:

SOLICITA se admita a trámite la presente solicitud y se emitan los informes reglamentarios correspondientes, a fin de ser incluido/a en el Servicio de Ayuda a Domicilio.

En Conil de la Frontera, a _____ de _____ de 2.0____.

El/la usuario/a (o representante legal)

Fdo.: _____

AUTORIZA expresamente:

1º A la Delegación Municipal de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Conil de la Frontera a que sus Datos Personales, incluidos aquellos que hacen referencia a salud, origen racial y religión, sean recogidos y tratados con la finalidad de favorecer su adecuada atención, en la forma y con las limitaciones y derechos que recoge el Reglamento Europeo (UE-2016/679), de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos



AYUNTAMIENTO DE CONIL DE LA FRONTERA (CÁDIZ)
DELEGACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

- ➡ Fotocopia del D.N.I. de todos los miembros de la unidad familiar
- ➡ Fotocopia del libro de familia (si hubiese más de una familia también del Libro de las restantes familias)
- ➡ Volante de Empadronamiento y Convivencia
- ➡ Certificado de ingresos económicos mensuales de todos los miembros de la unidad familiar
- ➡ Informe del médico de cabecera actualizado.
- ➡ Cualquier otro dato de interés para el Servicio.

A cumplimentar por la Administración Local

Estado en la Ley de la Dependencia: _____
