



AJUNTAMENT D' ABRERA

Registre d'Entrada de l'Ajuntament d'Abrera

SOL·LICITUD DEL SERVEI LOCAL DE TELEASSISTÈNCIA

Dades de la persona sol·licitant

Nom i cognoms	NIF/NIE
Domicili	Telèfon (<u>imprescindible</u>)
Data de naixement	Edat
Codi postal i població	Adreça electrònica
Representant: nom i cognoms	NIF/NIE

SI NO autoritzo la notificació via seu electrònica (cal disposar de certificat digital – es rebrà alerta al correu electrònic)

EXPOSO:

Que en relació al Servei Local de Teleassistència, i **disposant actualment d'un contracte de telefonia (fixa o fixa-mòbil)**,

SOL·LICITO:

La instal·lació d'aquest servei, I **DECLARO** sota la meua responsabilitat

- Que compleixo les condicions requerides per accedir al Servei.
- Que totes les dades comunicades són certes, així com les de la documentació adjuntada.

Dades sobre reconeixement de la situació de dependència

Sol·licitada valoració		Resolució LAPAD				Servei prescrit al PIA
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Grau:	Nivell:	<input type="checkbox"/>

Altres persones usuàries per al les que es sol·licita el servei dins la mateixa unitat familiar

Nom i Cognoms						
DNI			Tipus d'usuari			
Sol·licitada valoració		Resolució LAPAD				Servei prescrit al PIA
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Grau:	Nivell:	<input type="checkbox"/>

Nom i Cognoms						
DNI			Tipus d'usuari			
Sol·licitada valoració		Resolució LAPAD				Servei prescrit al PIA
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Grau:	Nivell:	<input type="checkbox"/>

Dades del familiar de contacte

Nom i Cognoms		Telèfon de contacte:
Parentiu amb el sol·licitant:		

DOCUMENTACIÓ QUE S'ADJUNTA:

- ORIGINAL de l'Informe mèdic segons el model específic per al Servei de Teleassistència del sol·licitant, i de cadascuna de les persones beneficiàries del servei. Aquest informe haurà d'estar signat i segellat pel/per la metge /essa de capçalera

El certificat d'empadronament necessari l'aportarà el mateix ajuntament.

En el cas que hagueu estat derivats a aquest tràmit per un servei (social, sanitari...) indiqueu el nom del servei:

- CAP Abrera
- Serveis Socials d'Abrera
- Programa de proximitat Abrera
- Servei Socio-sanitari de Martorell
- Altres:

Signatura

Localitat i data:

D'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, les dades facilitades seran utilitzades exclusivament amb la finalitat de tramitar les sol·licituds del servei local de teleassistència d'Abrera i no es preveu la seva cessió a tercers llevat d'obligació legal.

El responsable de les mateixes és l'Ajuntament d'Abrera: Plaça de la Constitució número 1, 08630 – informació@ajuntamentabrera.cat.

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat de les vostres dades, i la limitació o oposició al seu tractament, així com els altres drets que corresponguin a través de la seu electrònica de l'Ajuntament <https://ajuntamentabrera.eadministracio.cat>