



AJUNTAMENT D'ABRERA

Registro de Entrada del Ayuntamiento de Abrera

SOLICITUD DEL SERVICIO LOCAL DE TELEASISTENCIA

Datos de la persona solicitante

Nombre y apellidos	NIF/NIE
Domicilio	Teléfono (<u>imprescindible</u>)
Fecha de nacimiento	Edad
Código postal y población	Correo electrónico
Representante: nombre y apellidos	NIF/NIE

SI NO autorizo la notificación vía sede electrónica (es necesario disponer de certificado digital - se recibirá alerta en correo electrónico)

EXPONGO:

Que en relación con el Servicio Local de Telesistencia, y **disponiendo actualmente de un contrato de telefonía (fija o fija-Mobil)**,

SOLICITO:

La instalación de este servicio, y **DECLARO** bajo mi responsabilidad

- Que cumplo las condiciones requeridas para acceder al Servicio.
- Que todos los datos comunicados son ciertos, así como los de la documentación adjunta.

Datos sobre reconocimiento de la situación de dependencia

Solicitada valoración		Resolución LAPAD				Servicio prescrito a PIA
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Grado:	Nivel:	<input type="checkbox"/>

Otras personas usuarias para las que se solicita el servicio dentro de la misma unidad familiar

Nombre y Apellidos						
DNI	Tipo de usuario					
Solicitada valoración		Resolución LAPAD				Servicio prescrito a PIA
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Grado:	Nivel:	<input type="checkbox"/>

Nombre y Apellidos						
DNI	Tipo de usuario					
Solicitada valoración		Resolución LAPAD				Servicio prescrito a PIA
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Grado:	Nivel:	<input type="checkbox"/>

Datos del familiar de contacto

Nombre y Apellidos	Teléfono de contacto:
Parentesco con el solicitante:	

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

- ORIGINAL del Informe médico según el modelo específico para el Servicio de Teleasistencia del solicitante, y de cada una de las personas beneficiarias del servicio. Este informe deberá estar firmado y sellado por el doctor/ora de cabecera.

El certificado de empadronamiento necesario lo aportará el mismo ayuntamiento.

En caso de haber sido derivados a este trámite por un servicio (social, sanitario...) indique el nombre del servicio:

- CAP Abrera
- Servicios Sociales de Abrera
- Programa de proximidad de Abrera
- Servicio Socio-sanitario de Martorell
- Otros:

Firma

Localidad y fecha:

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, los datos facilitados serán utilizados exclusivamente con la finalidad de tramitar las solicitudes del servicio local de teleasistencia de Abrera y no se prevé su cesión a terceros excepto por obligación legal.

El responsable de los mismos es el Ayuntamiento de Abrera. Pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, así como otros derechos que correspondan a través de la sede electrónica del Ayuntamiento <https://ajuntamentabrera.eadministracio.cat>