



menjar a casa

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL

SOL·LICITUD INDIVIDUAL DEL SERVICI DE MENJAR A CASA A L'AJUNTAMENT DE _____

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT (*)

COGNOMS	NOM	
DNI	ESTAT CIVIL	DATA DE NAIXEMENT
DOMICILI (carrer, plaça, número, pis):		
DOMICILI ALTERNATIU <i>(En cas d'absència en el moment d'entrega, preferentment el mateix edifici o limítrof o el més pròxim possible al domicili habitual d'entrega)</i>		
LOCALITAT	PROVÍNCIA	
TEL. FIX	TEL. MÒBIL	ALTRE TEL. CONTACTE

B DADES DEL CÒNJUGE

COGNOMS	NOM
DNI	

C CERTIFICAT MINUSVALIDESA

Posseïx certificat de minusvalidesa igual o superior al **33 %** SÍ
 NO

D AUTORITZACIÓ

Autoritze expressament l'Ajuntament de ____ perquè, d'acord amb allò disposat en l'article 7 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, puga cedir les dades de caràcter personal i relatives a la salut a l'empresa prestadora del servei "Menjar a Casa", als únics efectes de verificar les condicions necessàries per a gaudir de l'esmentat servei.

Firma _____



E DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- Fotocòpia del DNI de la persona sol·licitant
- Certificat de la pensió de jubilació o per qualsevol altre concepte, del sol·licitant i del cònjuge, si és el cas.
- Informe social del sol·licitant, segons model oficial.
- Informe mèdic del sol·licitant, segons model oficial.
- Declaració responsable del sol·licitant, segons model oficial.
- Certificat de minusvalidesa, si és el cas.

F REQUISITS PER A L'ADMISSIÓ

- Tindre edat igual o superior a 65 anys
- Tindre edat igual o superior a 60 anys; tindre edat superior a 18 anys amb certificat de minusvalidesa. En els dos casos sempre que convisquen amb un beneficiari major de 65 anys, i es troben en situació de dependència.
- Tindre autonomia suficient per a la preparació i la ingesta dels aliments objecte del servei i/o suport familiar/serviç d'ajuda a domicili.
- Si no tenen autonomia suficient s'haurà d'aportar compromís per escrit de familiars o de l'entitat local en què es responsabilitzen d'estes tasques.
- Estar empadronat en algun dels municipis de la Comunitat Valenciana que participen en el programa pilot i l'Ajuntament del qual haja formalitzat el Conveni de Col·laboració amb la Conselleria de Benestar Social.
- Necessitar el servei, acreditat mitjançant l'informe social i l'informe mèdic.

_____, ____ de _____ de _____
La persona sol·licitant

Firma _____

(*) Les dades contingudes en este apartat podran ser incorporades a un fitxer informatitzat amb una finalitat exclusivament administrativa (Decret 96/1998, de 6 de juliol, de Govern Valencià i la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre).

SR. ALCALDE-PRESIDENT DE L'AJUNTAMENT DE _____