



SOL·LICITUD DEL SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA MUNICIPAL

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT:

NOM I LLINATGES:	.....			
DNI/NIE:	.....	Data de naixement:	.....	
DOMICILI:	.....			
MUNICIPI:	Localitat:	Codi Postal:
TEL. CONTACTE:	.....	E-mail:	.....	
DISPOSA DE LÍNIA FIXA A CASA?	<input type="checkbox"/> SI	En cas de marcar si, indiquin el número de telèfon fix:		.....
	<input type="checkbox"/> NO	En cas de marcar no, pot tenir un cost addicional per a poder completar la instal·lació.			

La persona sol·licitant del servei té reconegut un grau de dependència? SI NO EN TRÀMIT

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL O CURADOR DE FET(SI ESCAU):

NOM I LLINATGES:	.....			
DNI/NIE:	.....	RELACIÓ AMB LA PERSONA REPRESENTADA:	.....	
DOMICILI:	.....			
MUNICIPI:	Localitat:	Codi Postal:
TEL. CONTACTE:	.....	E-mail:	.....	

CONTACTES D'EMERGÈNCIA

CONTACTE 1

NOM I LLINATGES	.....
RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT	.....
TELÈFONS:	.....

CONTACTE 2

NOM I LLINATGES	.....
RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT	.....
TELÈFONS:	.....

DOCUMENTACIÓ A ADJUNTAR AMB LA SOL·LICITUD:

<input type="checkbox"/>	Document que acrediti la identitat de la persona sol·licitant i/o persona representant legal.
<input type="checkbox"/>	Documentació que acrediti la representació legal. <i>Si escau.</i>
<input type="checkbox"/>	Informe de salut (<i>model adjunt específic</i>).
<input type="checkbox"/>	Targeta sanitària o document anàleg.
<input type="checkbox"/>	Certificat de titularitat bancària o dades codi compte (<i>amb el segell o amb signatura electrònica de l'entitat</i>).

Si els seus ingressos són IGUALS O INFERIORS a la PENSÍO NO CONTRIBUTIVA (PNC):

<input type="checkbox"/>	Justificant dels ingressos o declaració jurada de la situació socioeconòmica de la <u>UNITAT DE CONVIVÈNCIA</u>
--------------------------	---

Marratxí, d del 20

Persona sol·licitant/ Representant legal