

## SOLICITUD DE PROGRAMA DE COMIDA A DOMICILIO 2023

### DATOS DEL /LA SOLICITANTE

<b>APELLIDOS, NOMBRE</b>					<b>FECHA NACIMIENTO</b>	
<b>D.N.I. / N.I.E.</b>		<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>LOCALIDAD</b>		<b>CP</b>		<b>TELÉFONO</b>		
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>					<b>MÓVIL</b>	
<b>¿ES USUARIO/A DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO?</b>		<b>¿TIENE MICROONDAS?</b>				

¿Existe **otra persona** en su domicilio que solicita este Servicio?      NO       SÍ

<b>APELLIDOS, NOMBRE</b>			<b>D.N.I. / N.I.E.</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>				

### DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO

<b>APELLIDOS, NOMBRE</b>				<b>PARENTESCO</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>				<b>CÓDIGO POSTAL</b>	
<b>TELÉFONO MÓVIL</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>			

El/La Solicitante manifiesta que:

- Acepta la obligación de comunicar al Ayuntamiento cualquier variación en los datos declarados que pudiera producirse en lo sucesivo.
- Acepta contribuir económicamente con el porcentaje que resultase según la Ordenanza vigente por la prestación de este servicio.
- Permanecerá en el domicilio en el momento del reparto
- Acepta el acceso a su vivienda del personal repartidor del Servicio de Comida Domicilio y atender las indicaciones que se le faciliten.
- Autoriza al Ayuntamiento de Ciudad Real a consultar los datos necesarios para la tramitación de esta solicitud en los ficheros obrantes en el propio Ayuntamiento, así como en otras Administraciones.
- Declara ser cierto los datos consignados en la presente solicitud.

En Ciudad Real, a..... de..... de 20.....

FIRMA DEL/LA SOLICITANTE.

## **BENEFICIARIOS:**

- Personas beneficiarias del **Servicio de Ayuda a Domicilio**.
- Personas **mayores de 65 años** que presenten algún tipo de dependencia en la preparación de comidas por **dificultad motora o sensorial**.
- Personas **mayores de 65 años** que convivan con una **persona dependiente**.
- Personas **mayores de 65 años** en situación de **aislamiento social**.
- Personas con **discapacidad** que presenten algún tipo de dependencia **en la preparación de comidas por dificultad motora o sensorial**.

## **REQUISITOS:**

- Estar **empadronado/a** en Ciudad Real.
- **\*\***Tener algún tipo de **dependencia o calificación de discapacidad** motora o sensorial.

## **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

- **Solicitud** debidamente cumplimentada y firmada por el solicitante.
- Fotocopia del **D.N.I.** del/la solicitante
- **\*\***Informe médico **que justifique** dificultad motora o sensorial para la preparación de comidas.
- Ficha **médica/enfermería** (se cumplimenta en el centro de salud), debe estar sellada por el facultativo.
- Fotocopia de valoración de **dependencia o de calificación de discapacidad** (si la tiene).
- **Ficha a terceros** sellada por su entidad bancaria.
- **Saldo** bancario actual.
- Justificante de **ingresos económicos** del/la solicitante y cónyuge (trabajo, pensión, prestación) o justificante negativo (de no recibir ingresos, prestación, pensión).
- Justificante de **gastos** de la **vivienda habitual** (alquiler o hipoteca), **gastos socio-sanitarios** (centro de día, rehabilitación, personal de apoyo en el domicilio, gastos de farmacia...)

## **EN EL CASO DE SOLICITAR EL/LA CÓNYUGE DICHO SERVICIO, DEBERÁ PRESENTAR:**

- Fotocopia del **D.N.I.**
- Ficha **médica/enfermería** (se cumplimenta en el centro de salud), debe estar sellada por el/la facultativo

## **TODOS LOS DOCUMENTOS SE PRESENTARÁN EN EL REGISTRO GENERAL DEL AYUNTAMIENTO**

### **EXCMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE CIUDAD REAL.**

Sus datos personales son tratados por el Ayuntamiento de Ciudad Real. Sólo podrán accederse en los casos previstos en la Ley. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación cancelación y oposición en el Ayuntamiento de Ciudad Real, todo lo cual se informe en cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, de Protección de datos de carácter personal.