

ANEXO I - SOLICITUD

1.- DATOS DE IDENTIFICACION

1.1.- DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:

D.N.I./N.I.E.		Primer Apellido			
Segundo Apellido			Nombre		
Domicilio		Tipo de vía		Nombre vía	
Número		Bloque		Escalera	
				Piso	
				Puerta	
CP		Localidad		Provincia	
Tfno Móvil		Tfno fijo		Correo electrónico	

1.2.- DATOS DEL/LA REPRESENTANTE (Legal o de Hecho):

D.N.I./N.I.E.		Primer Apellido			
Segundo Apellido			Nombre		
Tfno Móvil		Tfno fijo		Correo electrónico	

2.- DOCUMENTACION A PRESENTAR (Marcar lo que se presenta o autorice)

DOCUMENTACION OBLIGATORIA	AUTORIZA CONSULTA	PRESENTA
Fotocopia del DNI/NIE de la persona solicitante y todos los miembros de la unidad de convivencia.		
Certificado o Volante empadronamiento de todo los miembros de la unidad de convivencia, con indicación de fecha de alta en el padrón, haciendo constar que no existen más inscripciones		
Fotocopia de la Cartilla Bancaria donde aparezcan los datos bancarios		
Resolución del Programa Individual de Atención con la modalidad de servicios reconocidos como persona en situación de dependencia, por la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor de la Comunidad de Madrid .		
Justificantes del copago del Servicio de Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia reconocido como persona en situación de dependencia por la Dirección General de Atención a la Dependencia al Mayor de la Comunidad de Madrid .		
Resolución del Servicio de Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia prestada por la Mancomunidad Intrermunicipal de Servicios Sociales del Este de Madrid (MISSEM)		
Justificantes del copago del servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia prestada por la Mancomunidad Intrermunicipal de Servicios Sociales del Este de Madrid (MISSEM)		
Documento que acredite la contratación de forma particular del Servicio de Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia		
Justificantes del pago particular o del Servicio de Ayuda a Domicilio y/o Teleasistencia		

3.- DATOS BANCARIOS

CÓDIGO IBAN		CÓDIGO CUENTA CLIENTE																	
E	S																		
CÓDIGO PAIS+ DÍG. CONTROL		CÓDIGO ENTIDAD			CÓDIGO OFICINA			DÍG. CONTROL		NÚMERO DE CUENTA									

4.- DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO bajo mi responsabilidad:

- o Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y en la documentación aportada.
- o Que el Ayuntamiento de Loeches tiene en su poder documentos que ya han sido aportados en otros procedimientos, que no han variado con el tiempo y conservan su validez (especificar):

- Procedimiento: _____

- Documentos: _____

Así mismo, declaro que estoy informado/a que desde el momento de presentar la solicitud, **quedo obligado/a a:**

- o Presentar cualquier documento que me sea requerido en relación a la solicitud efectuada.

En Loeches, a _____ de _____ de 202_____

FIRMA Y NOMBRE DE LA PERSONA SOLICITANTE o REPRESENTANTE

DESTINATARIO

Concejalía de Bienestar Social, Salud y Consumo

Ayuntamiento de Loeches

Plza. de la Villa, 1, Loeches. 28890 Madrid. Tfno. 918851011. Fax: 918851136