



menjar a casa

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL

SOLICITUD INDIVIDUAL DEL SERVICIO DE MENJAR A CASA AL AYUNTAMIENTO DE _____

A DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (*)

APELLIDOS		NOMBRE
D.N.I.	ESTADO CIVIL	FECHA NACIMIENTO
DOMICILIO (calle, plaza, número, piso):		
DOMICILIO ALTERNATIVO <i>(En caso de ausencia en el momento de entrega, preferentemente mismo edificio o colindante o lo más próximo posible al domicilio habitual de entrega)</i>		
LOCALIDAD		PROVINCIA
TELF. FIJO	TELF. MÓVIL	OTRO TELF. CONTACTO

B DATOS DEL CÓNYUGE

APELLIDOS	NOMBRE
D.N.I.	

C CERTIFICADO MINUSVALÍA

Posee certificado de minusvalía igual o superior al **33 %** SI NO

D AUTORIZACIÓN

Autorizo expresamente al Ayuntamiento de _____ para que, conforme lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, pueda ceder los datos de carácter personal y relativos a la salud a la empresa prestadora del servicio "Menjar a Casa", a los únicos efectos de verificar las condiciones necesarias para disfrutar del mencionado servicio.

Firma _____



E DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Fotocopia del DNI de la persona solicitante.
- Certificado de la pensión de jubilación o por cualquier otro concepto, del solicitante y del cónyuge, en su caso.
- Informe social del solicitante, según modelo oficial.
- Informe médico del solicitante, según modelo oficial.
- Declaración responsable del solicitante, según modelo oficial.
- Certificado de minusvalía, en su caso.

F REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN

- Tener edad igual o superior a 65 años
- Tener edad igual o superior a 60 años; tener edad superior a 18 años con certificado de minusvalía. En ambos supuestos siempre que convivan con un beneficiario mayor de 65 años, y se encuentren en situación de dependencia.
- Tener autonomía suficiente para la preparación e ingesta de los alimentos objeto del servicio y/o soporte familiar/servicio de ayuda a domicilio.
- En caso de no tener autonomía suficiente deberá aportar compromiso por escrito de familiares o de la entidad local en el que se responsabilicen de dichas tareas.
- Estar empadronado en alguno de los municipios de la Comunidad Valenciana que participan en el programa piloto y cuyo Ayuntamiento haya formalizado el Convenio de colaboración con la Conselleria de Bienestar Social.
- Precisar del servicio, acreditado mediante el informe social y el informe médico.

_____, ____ de _____ de _____
La persona solicitante

Firma _____

(*) Los datos contenidos en este apartado podrán ser incorporados a un fichero informatizado con una finalidad exclusivamente administrativa (Decreto 96/1998 de 6 de julio del Gobierno Valenciano y Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYTO. DE _____