

**ANEXO 5. SOLICITUD SERVICIO AYUDA A DOMICILIO**

DATOS DEL SOLICITANTE

Nº Expte: \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE</b>	<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	
<b>D.N.I./NIE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	
<b>NACIONALIDAD</b>	<b>DOMICILIO</b>	<b>LOCALIDAD</b>	
<b>C.P.</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>TELÉFONO 1</b>	<b>TELÉFONO 2</b>

DATOS DEL REPRESENTANTE

<b>NOMBRE</b>	<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	
<b>D.N.I./NIE</b>	<b>TELEFONO 1</b>	<b>TELEFONO 2</b>	

UNIDAD FAMILIAR Y/O CUIDADOR PRINCIPAL

Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Parentesco	DNI.	Fecha Nacimiento

**SOLICITA:** Se admita a trámite la presente solicitud de Ayuda a Domicilio.

**Declaro bajo mi responsabilidad que:**

- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, comprometiéndome en caso necesario a probar documentalmente los mismos; a efectos de comprobación de los datos que se indican, autorizo a efectuar la consultar en ficheros públicos incluidos los existentes en la Agencia Tributaria y Ayuntamientos.
- De acuerdo con lo establecido en la LO 15/1999, de Protección de Datos Personales, le informamos que los datos aquí facilitados formarán parte del fichero de Gestión Comarcal titularidad de la Comarca del Alto Gállego con la única finalidad es gestionar los Servicios Sociales ofertados por la Comarca. Así pues, mediante la firma del presente documento autoriza expresamente a la Comarca del Alto Gállego a la recogida y tratamiento de sus datos, incluidos aquellos que según normativa vigente se consideren especialmente protegidos, con la finalidad anteriormente citada.
- Por otro lado, se le informa de la posibilidad de comunicar sus datos a otras entidades que sea necesario para la tramitación del servicio solicitado.
- Finalmente, les informamos de la posibilidad que tienen de ejercitar sus derechos de acceso, cancelación, oposición o rectificación en cualquier momento, dirigiéndose a la Comarca Alto Gállego, C/ Secorún s/n, 22600 Sabiñánigo.:

En....., a.....de.....de.....

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**SR. PRESIDENTE COMARCA ALTO GÁLLEGO**

## **SOLICITUD SERVICIO AYUDA A DOMICILIO**

### **DOCUMENTACIÓN A APORTAR:**

- Fotocopia DNI/NIE de todos los obligados a poseerlo.
- Fotocopia de las declaraciones del Impuesto sobre la Renta y sobre el Patrimonio de todos los miembros de la unidad familiar que tengan obligación legal de presentarlos, y en caso de no haberlos presentado, certificado en tal sentido de la Hacienda Pública.
- Declaración responsable de ingresos y bienes de la unid. familiar (Anexo 1)
- Número de cuenta bancaria (20 dígitos) (Anexo 1)
- Resolución de reconocimiento del grado y nivel de dependencia de los miembros de la unidad familiar si lo hubiere y la aprobación del Programa Individual de Atención.
- Informe médico
- En caso de que el solicitante sea menor o incapacitado, documento o sentencia que justifique la representación legal o de hecho que

### SOLICITUD SERVICIO AYUDA A DOMICILIO

### DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS

D. / Dña....., con  
DNI..... en su propio nombre declara que los ingresos y patrimonio  
de su unidad de convivencia son:

**1. INGRESOS ANUALES**

- Procedentes del trabajo personal.....euros.
- Procedentes de Pensiones, jubilaciones, etc.....euros.
- Procedentes de Subsidios/Ayudas/prestaciones .....euros.
- Procedentes de bienes y valores, etc.....euros.

**2. PATRIMONIO**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. OTROS DATOS QUE DESEE HACER CONSTAR (GASTOS – DEDUCCIONES)**

.....  
.....  
.....

Nº de cuenta bancaria																							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Y para que conste y surta los efectos oportunos firma la siguiente declaración jurada, entendiéndose la responsabilidad en la que incurre en caso de ocultar o falsear la declaración

En..... a..... de..... de.....

(Firma del declarante)