

CENTRO COMARCAL DE SERVICIOS
SOCIALES

PROGRAMA: *Atención Personas Dependientes.*



SOLICITUD CAMAS ARTICULADAS

SOLICITANTE

NOMBRE: _____

D.N.I. _____

DIRECCION: _____

MUNICIPIO: _____

TELEFONO: _____

RELACION BENEFICIARIO _____

BENEFICIARIO

NOMBRE: _____

D.N.I. _____

DIRECCION _____

MUNICIPIO _____

TELEFONO _____

SECTOR:

TERCERA EDAD

PERSONA CON DISCAPACIDAD

Solicito el préstamo de una cama articulada y autorizo a la Comarca Ribera Alta del Ebro al cobro de la fianza fijada en el Reglamento regulador de este servicio por el préstamo del mismo en mi cuenta bancaria número:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ a _____ de _____ de 2. _____

Fdo.:

Documentación:

- a) Fotocopia del documento nacional de identidad e identificación fiscal. En caso de extranjeros documento acreditativo de su personalidad.
- b) Acreditación documental de la residencia efectiva en alguno de los municipios integrados en la Comarca Ribera Alta del Ebro, mediante certificado o volante de empadronamiento.
- c) Documentos acreditativos de la situación de necesidad determinante de la solicitud. (Informe médico) o resolución de Valoración de Grado de Dependencia del Gobierno de Aragón o Administración competente.
- d) Declaración responsable de que no se perciben otras ayudas para la misma finalidad.
- e) Otros documentos que se consideren necesarios.

SE INFORMA AL USUARIO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE QUE, DE ACUERDO CON LA LEY 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, LOS DATOS AQUÍ FACILITADOS FORMARÁN PARTE DE UN FICHERO TITULARIDAD DE LA COMARCA DE LA RIBERA ALTA DEL EBRO Y DE LA POSIBILIDAD QUE UD. TIENE DE EJERCITAR SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, OPOSICIÓN Y CANCELACIÓN DE LOS MISMOS EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Comarca de la Ribera Alta del Ebro
Arco del Marqués nº 10
50.630 Alagón (Zaragoza)