



Centro Comarcal De Servicios Sociales

c/ Arco del Marqués, 10
Teléfono 976 61 30 05
Fax 976 61 10 62
50630 ALAGON (Zaragoza)

SOLICITUD DE COMIDA PARA MAYORES

1.- DATOS DEL INTERESADO

APELLIDOS: _____	
NOMBRE: _____	
D.N.I.: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____	ESTADO CIVIL: _____
DOMICILIO: _____	
LOCALIDAD: _____	C.P.: _____
TFNO: _____	

COMPARECE Y SOLICITA: la prestación de Comida para Mayores, para lo cual realizo las siguientes declaraciones:

2.- UNIDAD DE CONVIVENCIA

<i>Apellidos y Nombre</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Edad</i>	<i>E.Civil</i>	<i>Profesión</i>

3.- DECLARACION SOBRE INGRESOS Y PATRIMONIO DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:

A) INGRESOS DEL INTERESADO:

- *Pensión anual del año en curso:*
- *Intereses bancarios brutos año anterior:*
- *Otros ingresos (indicar procedencia)*

B) INGRESOS DEL RESTO DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:

(Indicar parentesco con el solicitante , procedencia de los ingresos y cuantía)

C) PATRIMONIO:

- *Bienes inmuebles (indicar valor catastral)*
- *Acciones, bonos... (indicar valor real)*

4.- SERVICIOS SOLICITADOS POR EL USUARIO

<input type="checkbox"/>	COMIDA A DOMICILIO
<input type="checkbox"/>	COMEDOR COLECTIVO

<u>Nº DE SERVICIOS SOLICITADOS.</u>	
<input type="checkbox"/>	SOLICITANTE.
<input type="checkbox"/>	CONYUGE
<input type="checkbox"/>	OTROS (Especificar)

5.- DECLARACION RESPONSABLE SOBRE LA CERTEZA DE LOS DATOS:

Bajo mi responsabilidad declaro que los datos personales y económicos manifestados son ciertos comprometiéndome a comunicar las variaciones que se produzcan.

Así mismo por la presente me comprometo a contribuir económicamente, si procediere, por la prestación del servicio solicitado en aplicación de la normativa vigente: *Reglamento Comarcal del Servicio de Comidas aprobado el 1 de marzo de 2007*

En _____ a _____ de _____ de 2_____

FIRMA

SR. PRESIDENTE DE LA COMARCA RIBERA ALTA DEL EBRO

DOCUMENTACION QUE DEBE APORTAR:

- FOTOCOPIA DE DNI DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA
- FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE LA S/S
- DATOS ECONOMICOS:
 - Declaración de renta de todos los miembro de la unidad familiar.
 - En caso de que no se realice declaración de renta
 - Certificado de pensiones
 - Nominas
 - Certificados bancarios de los intereses, bonos, letras...
- CERTIFICADO DE BIENES INMUEBLES DEL AYUNTAMIENTO.
- CERTIFICADO DE MINUSVALÍA, EN SU CASO
- CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO Y CONVIVENCIA
- INFORME MEDICO SEGÚN MODELO.
- OTROS (Recibos de hipoteca, prestamos, rehabilitación de vivienda,...)



**RIBERA
ALTA del EBRO**

Arco del Marqués, 10
Teléfono 976 61 23 29
Fax 976 61 10 62
50630 ATAGÓN

Centro Comarcal De Servicios Sociales

**INFORME MEDICO PARA LA PRESTACION DE COMIDAS A DOMICILIO O
COMEDOR COLECTIVO**

EMITIDO POR: _____

CENTRO DE SALUD: _____

USUARIO: _____

El paciente ha solicitado el servicio de comida Colectiva o a domicilio, que gestiona esta comarca. Es importante que si se necesita una dieta concreta se especifique lo mejor posible, para evitar riesgos para el beneficiario.

Los datos reflejados quedan en poder de esta entidad para el único objeto de dar instrucciones a la empresa distribuidora del Catering.

SOLICITANTE

1.- ¿Padece enfermedad infecto-contagiosa?

SI

NO

2.- Enfermedades Crónicas que padece, especificar.

3.- ¿Necesita Apoyo en el control de la medicación?

SI

NO

4.- En caso de que sea necesario control y tome dosis con la comida, indicar qué medicación y dosis debe tomar de forma continuada.

4.- Dietas Aconsejadas:

HIPERTENSOS

DIABÉTICOS

ASTRINGENTE

OTRAS

5.- ¿Es necesario alimentación triturada?

SI

NO

6.- ESPECIFICAR SI EXISTEN ALIMENTOS A LOS QUE SE TENGA ALERGIAS CONOCIDAS

7.- Otros datos y diagnósticos de interés.

En _____, a ____ de _____ de 2.00

Fdo.: