



FICHA DE SOLICITUD DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

D.D^a CON DNI: FECHA DE NACIMIENTO DOMICILIO EN C/ Nº BLOQUE PISO LOCALIDAD PEDANIA C.P: Nº TELEFONO Nº TELEFONO2 (FAMILIA O VECINO) <u>SOLICITA EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA POR:</u> SER MAYOR DE 60 AÑOS SER MINUSVALIDO ESTAR ENFERMO
OTROS USUARIOS PARA LOS QUE SE SOLICITA EL SERVICIO DE LA MISMA UNIDAD FAMILIAR
NOMBRE Y APELLIDOS DNI: TIPO DE USUARIO
NOMBRE Y APELLIDOS DNI: TIPO DE USUARIO
NOMBRE Y APELLIDOS DNI: TIPO DE USUARIO

Manifiesto no padecer demencia o enfermedad mental ni problemas que dificulten la comunicación verbal, que impidan el acceso a este servicio, por lo que firmo la presente solicitud.

En a de de

Fdo.:

PROPUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO

D.D^a....., reúne los requisitos para ser usuario/a del servicio de Teleasistencia domiciliaria, por lo que se pospone para la instalación del equipo y prestación de dicho servicio.

Fdo.: Responsable del Programa