



Registre

SOL·LICITANT	
Nom i Cognoms	
Adreça	NIF / CIF
	Telèfon
C.Postal	Població
E-mail	
En representació de	
NIF / CIF	

EXPOSA
Que ha tingut coneixement de la concessió de la prestació bàsica detallada en l'ORDENANÇA REGULADORA DEL SERVEI D'AJUDA DOMICILIÀRIA DEL MUNICIPI DE MASSANASSA, i considera que reuneix els requisits exigibles per a la seua concessió.

SOL·LICITA	
CONCEPTE	DESCRIPCIÓ
<input type="checkbox"/> SAD de caràcter domèstic	
<input type="checkbox"/> SAD de caràcter personal	
<input type="checkbox"/> SAD de caràcter educatiu	
<input type="checkbox"/> SAD de caràcter social.	
<input type="checkbox"/> Uns altres	

DECLARACIÓ JURADA
La persona sol·licitant declara expressament, sota la seua responsabilitat i amb els efectes arrellegats en l'article 69 de la Llei 39/2015 d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, que són certs totes les dades i informacions que consten en la present sol·licitud i que compleix tots i cadascun dels requisits establits en l'Ordenança i que disposa de la documentació que així ho acredita, que la posa a la disposició de l'Administració, així com que no incorre en causa d'exclusió ni de prohibició per a resultar beneficiària de la prestació econòmica individualitzada.

En compliment del la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, l'informem que les dades de caràcter personal i la informació facilitada per vostè seran incorporades i tractades en un fitxer informatitzat del qual és responsable l'Ajuntament, la finalitat del qual és facilitar la gestió administrativa que li és pròpia. Vostè podrà, en tot moment, i de conformitat amb la legislació vigent, exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat mitjançant sol·licitud dirigida a aquest Ajuntament.

Massanassa a _____ de _____ de _____ Signatura
--

SR. ALCALDE DE L'AJUNTAMENT DE MASSANASSA

DOCUMENTACIÓ A APORTAR	
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia de NIF, NIE o passaport de tots els membres de la unitat de convivència.
<input type="checkbox"/>	Fotocopia Llibre de Família.
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia de la targeta sanitària (SIP) de tots els membres de l'o. familiar o de convivència.
<input type="checkbox"/>	Vida laboral de tots els membres de l'o. familiar o de convivència, majors de 16 anys, excepte estudiants i pensionistes.
<input type="checkbox"/>	En cas de separació, divorci o no convivència, fotocopia sentència de separació, divorci, mesures provisionals i/o conveni regulador.
<input type="checkbox"/>	Certificat de la Declaració de la Renda o signar autorització per a obtenir-la.
<input type="checkbox"/>	Certificat d'interessos en comptes bancaris de tots els membres de l'o. familiar o de convivència.
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de les 3 últimes nòmines anteriors a la presentació de la sol·licitud. Treballadors autònoms: últim rebo cotització Seg.Social i declaració IRPF.
<input type="checkbox"/>	Certificat de percepció de pensions públiques expedit per l'institut Nacional de la Seguretat Social de tots els membres de l'o. familiar o de convivència, on s'indique si és perceptor o no d'alguna pensió.
<input type="checkbox"/>	Targeta de renovació de demanda d'ocupació (DARDE) excepte estudiants, pensionistes i membres en actiu.
<input type="checkbox"/>	Certificat del SEPE (Servei d'Ocupació Pública Estatal) excepte estudiants i pensionistes, on s'indique si és perceptor o no d'alguna prestació
<input type="checkbox"/>	Certificat d'estudis o fotocòpia de la matricula , per a estudiants majors de 16 anys.
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia de la Resolució del grau de discapacitat , si escau.
<input type="checkbox"/>	Fotocòpia de Resolució del grau de dependència i de la prestació concedida, si escau.
<input type="checkbox"/>	Certificat Cadastral de tots els membres de l'o. familiar o de convivència majors de 16 anys. En cas de tenir més d'una propietat i estar arrendada, contracte de lloguer.
<input type="checkbox"/>	Informe de salut per al reconeixement de prestacions socials , expedit pel metge de capçalera.
<input type="checkbox"/>	Informes mèdics i/o psicològics emesos en un termini inferior a un mes des de la data de presentació de la sol·licitud, en els quals consten el diagnòstic i el tractament actual.
<input type="checkbox"/>	Tota aquella documentació requerida per el/la tècnic que tramita l'ajuda i que siga necessària per a una adequada valoració social.

La no comunicació de dades i lliurament de documents sol·licitats o el frau dels mateixos poden provocar la no atenció de la sol·licitud acceptada o la seua denegació.

AUTORITZACIÓ DE CONSULTA DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL

Les persones sotasignants autoritzen expressament l'Ajuntament de Massanassa, a sol·licitar la informació a baix assenyalada perquè conforme a l'art. 6 de la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, pugui accedir a les dades personals obrants en ells als únics efectes de verificar el compliment dels requisits i/o condicions necessàries per a ser beneficiari del servei sol·licitat.

NOM I COGNOMS	DNI	SIGNATURA

AUTORITZACIÓ

Els signants autoritzen l'Ajuntament de Massanassa a:

- Consultar les dades del Padró Municipal d'Habitants per a obtenir el certificat d'empadronament col·lectiu.
- Obtenir el certificat d'Integració de Rendes de l'Agència Tributària.
- Obtenir dades que consten en l'INSS (vida laboral), en la Direcció Territorial del Cadastre i en el Servei Públic d'Ocupació Estatal.
- Cedir les dades facilitades a Ens Públics (Administració Tributària, Seguretat Social, Servei Públic Estatal d'Ocupació, Cadastre), així com altres organismes (Càritas i Creu Roja) amb finalitats d'estadística, avaluació i seguiment.

L'autorització concedida a l'Ajuntament per cada signatari, podrà ser revocada en qualsevol moment per mitjà d'escrit dirigit a l'Alcaldia.

OBLIGACIONS DE LES PERSONES BENEFICIÀRIES

Són obligacions de les persones beneficiàries i persones que amb ells conviuen, així, com si escau els seus familiars:

1. Facilitar l'accés al domicili del personal que desenvolupa les tasques prescrites.
2. Facilitar al personal que duu a terme el servei, el material imprescindible per a desenvolupar les tasques, per exemple: productes de neteja, productes d'higiene personal, etc.
3. Subscriure el compromís que consta en l'annex II.
4. Mantenir l'habitatge en les condicions necessàries per a dur a terme el servei.
5. Realitzar per si mateixes aquelles tasques que consten en el compromís subscrit.
6. Posar en coneixement del/la tècnic responsable del servei qualsevol incidència que es produïska en el desenvolupament del servei.
7. Posar en coneixement del/la tècnic responsable del servei, amb la suficient antelació, la seua absència del domicili i, en termini màxim de cinc dies naturals, qualsevol variació de circumstàncies personals o familiars que puguin provocar la modificació, suspensió o extinció del servei.
8. Comunicar al/a la tècnic responsable del servei situacions de malalties infectocontagioses que sobrevinguen durant la prestació del servei, per prendre les mesures de protecció oportunes.
9. Comunicar al/a la tècnic responsable del servei qualsevol resolució o comunicació d'una altra entitat pública o privada que pugui afectar el servei.
10. Tractar amb el respecte i la consideració deguts al personal que preste el servei.

El primer dia de cada mes, la persona beneficiària haurà de remetre al Departament de Serveis Socials, la Fulla de Signatures de Serveis conforme model establert, signant exclusivament aquelles caselles corresponents als dies en què ha rebut realment el servei.