



**Junta de Castilla y León**  
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades  
Gerencia de Servicios Sociales



**Diputación de Burgos**  
Bienestar Social

## SOLICITUD DEL SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO

(SITUACIONES DE DIFICULTADES Ó FALTA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y DEPENDENCIA)

Registro

A rellenar por la Administración

Datos del Interesado (1)	Apellidos y Nombre						Fecha de Nacimiento	N.I.F.
	Calle	Número	Escalera	Piso	Puerta	C.P.	Municipio	
	Teléfono fijo de contacto		Teléfono móvil de contacto		Dirección de correo electrónico			

Representante (solo si procede) (2)	Apellidos y Nombre						Fecha de Nacimiento	N.I.F.
	Calle	Número	Escalera	Piso	Puerta	C.P.	Municipio	
	Teléfono fijo de contacto		Teléfono móvil de contacto		Dirección de correo electrónico			
	<input type="checkbox"/> Representante en calidad de padre ó tutor de menor de 18 años <input type="checkbox"/> Como representante de presunto incapaz				<input type="checkbox"/> Como representante voluntario <input type="checkbox"/> Como representante legal o judicial			
Documento acreditativo de la representación								

Domicilio notificaciones (3)	Si desea recibir información de su trámite mediante alguno de los siguientes medios, marque con un aspa la casilla correspondiente:						
	Sí, deseo recibir información a través de <input type="checkbox"/> <b>CORREO POSTAL</b> y/o <input type="checkbox"/> <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>						
	Dirección de correo electrónico						
Calle	Número	Escalera	Piso	Puerta	C.P.	Municipio	

SOLICITUD (4)	<b>SOLICITA:</b>		
	MARCAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE (SOLO UNA)	Nº DE HORAS MENSUALES TOTALES QUE DESEA RECIBIR	AYUNTAMIENTO O DIPUTACIÓN PROVINCIAL DONDE ESTÁ RECIBIENDO EL SERVICIO
	<input type="checkbox"/> Recibir el servicio. Actualmente no lo recibe.		No cumplimentar
	<input type="checkbox"/> Recibir diferente nº de horas de las que ya recibe	(1)	No cumplimentar
	<input type="checkbox"/> Continuar recibiendo el mismo nº de horas que ya recibe	No cumplimentar	No cumplimentar
<input type="checkbox"/> Recibir el servicio. Lo recibe en otra Corporación Local			
(1) Señale el número total de horas mensuales que desea recibir, incluyendo las que ya recibe.			

DECLARO (5)	<p>- Que en _____ he presentado solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a prestaciones. (Si lo conoce, indique la fecha: _____)</p> <p>- Que autorizo a/la Ayuntamiento /Diputación a que realicen las consultas que consideren oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.</p> <p>- Que me comprometo a comunicar cualquier variación que se produjera en las circunstancias aquí indicadas.</p>
----------------	---

FIRMA (6)	En _____, a _____ de _____ de _____	Firma del interesado/representante
--------------	-------------------------------------	------------------------------------



**Junta de Castilla y León**  
 Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades  
 Gerencia de Servicios Sociales



**Diputación de Burgos**  
 Bienestar Social

## SOLICITUD DEL SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO

(SITUACIONES DE DIFICULTADES Ó FALTA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y DEPENDENCIA)

### Autorización del cónyuge o pareja de hecho (si procede)

<b>AUTORIZACIÓN DEL CONYUGE O PAREJA DE HECHO</b> (7)	Apellidos y Nombre	Fecha de Nacimiento	N.I.F.
	<input type="checkbox"/> Que autorizo a/la Ayuntamiento /Diputación a que realicen las consultas que consideren oportunas y que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información necesaria para la tramitación de la prestación.		

<b>FIRMA</b> (8)	En _____, a ___ de _____ de _____	<b>Firma del cónyuge o pareja de hecho</b>

<b>APD</b>	La presentación de esta solicitud implica, a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, el consentimiento de los afectados para su inclusión en el fichero correspondiente de esta Diputación, siendo tratados de forma totalmente confidencial y únicamente podrán ser tratados para el estricto cumplimiento de las funciones derivadas de la solicitud. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento y en los términos previstos en la legislación vigente, y siendo responsable del fichero la Diputación.
------------	--

**IMPORTANTE:** El plazo máximo para resolver la autorización es de 3 meses. Transcurrido dicho plazo sin resolver y notificar su solicitud se podrá entender desestimada.