



Departament de Benestar Social/Departamento de Bienestar Social

SOL·LICITUD DE VALORACIÓ DE NECESSITAT DE SUPORT DE RECURSOS SOCIALS / SOLICITUD DE VALORACIÓN DE NECESIDAD DE APOYO DE RECURSOS SOCIALES

A DADES PERSONALS / DATOS PERSONALES				
DNI, NIF, NIE		NOM O RAÓ SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO			SEGON COGNOM /SEGUNDO APELLIDO	
TIPUS DE VIA / TIPO DE VIA		DOMICILI / DOMICILIO		
Nº	BLOC / BLOQUE	ESCALA / ESCALERA	PIS / PISO	PORTA / PUERTA
C.P.	MUNICIPI / MUNICIPIO		PROVINCIA	
TELÈFONS / TELEFONOS			FAX	
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRONICO			ALTRES INTERESSATS / OTROS INTERESADOS	

B REPRESENTANT / REPRESENTANTE				
DNI, NIF, NIE		NOM O RAÓ SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
DOMICILI / DOMICILIO			Nº / BLOQUE / ESCALERA / PISO / PUERTA	

Haurà d'acreditar-se la representació a través dels mitjans establits en l'art. 5 de la llei 39/2015 / Deberá acreditarse la representación a través de los medios establecidos en el art. 5 de la ley 39/2015

C EXPOSE / EXPONGO				
Por encontrarse en este momento en circunstancias familiares que requieren del apoyo de prestaciones económicas y/o recursos para evitar la exclusión social.				

D SOL·LICITE / SOLICITO				
Sea valorada la situación socio-económica y familiar y se derive para la tramitación de los recursos y prestaciones necesarios.				
Comida a casa		Teleasistencia		Servicio de ayuda a domicilio

E DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN A LA SOL·LICITUD / DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN A LA SOLICITUD				
Fotocopia del DNI/NIE del sol·licitante y los miembros de la unidad familiar (si no consta en el Departamento).				
Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria SIP del usuari.				
Informe medico de Dependencia (No necesario para comida a casa).				
Fotocopia de la última declaración de hacienda o certificado de no ser contribuyente (Agencia tributaria de Gandía, cita previa telf.901 200 351).				
Certificado de pensiones de l'INSS (C/Plus Ultra 32-34, Gandía. Cita previa Telf. 963 176 111) y CERTIFICADO BANCARIO en caso de Pensión No Contributiva,				
Fotocopia de la Resolución del Grado de Discapacidad (certificado de minusvalía) en el supuesto que tenga reconocida la discapacidad.				

A Oliva, a _____ de _____ de 20 ____

SIGNATURA / FIRMA



SR. ALCALDE/SA-PRESIDENTE/TA DEL AYUNTAMIENTO DE OLIVA

D'acord amb la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals y garantia dels drets digitals, us informem que amb la comunicació de les dades que heu facilitat, doneu la vostra conformitat perquè siguin incorporades a un fitxer automatitzat, el responsable del qual es l'Ajuntament d'Oliva, organisme que les autilitzara exclusivament per a l'exercici de les seues competencies. Les vostres dades no es cediran a cap fitxer, llevat quan siga procedent per obligacions legals. Les preguntes o espais marcats amb un asterisc deuen ser complimentats obligatoriament, la resta son de resposta opcional. En tot cas, podreu exercir els vostres drets d'accés, rectificació i cancel.lació mitjançant escrit al qual acompanyareu fotocòpia del vostre DNI. adreçat al Registre General d'Entrada i Eixida d'aquest Ajuntament.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de derechos digitales, le informamos que con la entrega de los datos facilitados por Ud. en este documento da su consentimiento para que éstos sean incorporados a un fichero automatizado cuyo responsable es el Ayuntamiento de Oliva. Organismo que los utilizará exclusivamente para el ejercicio de sus competencias. Sus datos no se cederán a ningún fichero excepto cuando proceda por obligaciones legales. Las preguntas o espacios marcados con un asterisco deben ser cumplimentados obligatoriamente, el resto son de respuesta opcional. En todo caso, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación mediante escrito al que acompañará de su DNI. dirigido al Registro General de Entrada y Salida de este Ayuntamiento.