



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Familia
e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales



B U R G O S
A Y U N T A M I E N T O

Gerencia Municipal de Servicios Sociales,
Juventud e Igualdad de Oportunidades

SOLICITUD DE ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA (en caso de no solicitar valoración de dependencia)

I. Datos de la persona interesada

Apellido 1º: _____ Apellido 2º _____
Nombre: _____ DNI/NIE: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Varón Mujer
Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Domicilio en el que reside actualmente:

Calle/Plaza: _____ Nº _____ Piso: _____ Puerta: _____
Municipio: _____ Código Postal: _____ E-mail: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____

II. Datos de la unidad familiar

Cónyuge Pareja de hecho
Apellido 1º: _____ Apellido 2º _____
Nombre: _____ DNI/NIE: _____
Fecha de nacimiento: _____

Otros miembros de la unidad familiar, que conviven con la persona interesada:

1. Apellidos y Nombre: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____
2. Apellidos y Nombre: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Acceso al servicio público de teleasistencia

Solicita el servicio de teleasistencia:

	Marcar la casilla correspondiente	Ayuntamiento o Diputación Provincial donde ha tramitado su solicitud
Ya lo recibe y desea seguir recibéndolo	<input type="checkbox"/>	
Lo ha solicitado al margen de la solicitud de valoración de dependencia, pero aún no lo recibe y desea recibirlo	<input type="checkbox"/>	
No lo recibe, no lo ha solicitado, y desea recibirlo (*)	<input type="checkbox"/>	

(*) Si marca esta opción, deberá rellenar los datos complementarios del documento que se acompaña

El solicitante y, en su caso, el cónyuge o pareja de hecho autorizan al Ayuntamiento de Burgos para que realice las consultas necesarias de ficheros públicos para los únicos efectos de acreditar y comprobar la veracidad de los datos declarados, así como a obtener directamente y por los medios telemáticos de la Agencia Tributaria, la información correspondiente. El tratamiento de los datos se realizará conforme a la L.O. de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del fichero es el Ayuntamiento de Burgos ante el que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

En Burgos, a de de 20.....

Firma del interesado

Firma del cónyuge o pareja de hecho

AYUNTAMIENTO DE BURGOS

Datos complementarios del servicio público de teleasistencia

(Rellenar sólo en caso de no haber solicitado anteriormente este servicio)

Datos personales

Nº de personas que conviven en el domicilio: _____

Datos sanitarios – Sistema de Salud

SACYL Nº de afiliación a la Seguridad Social: _____

Otras entidades prestatarias

ISFAS MUFACE Otros: _____

Nº de afiliación: _____

Tlf. Urgencias de ambulancia: _____

Compañía: _____

Médico de cabecera

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de cita: _____ Teléfono de urgencia: _____

Datos de personas de contacto

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____

Dirección: _____ Telf. Fijo: _____

Localidad: _____ Telf. Móvil: _____

Tiene llaves de su domicilio: Sí No

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____

Dirección: _____ Telf. Fijo: _____

Localidad: _____ Telf. Móvil: _____

Tiene llaves de su domicilio: Sí No

Estado de salud

Enfermedades / Operaciones / Alergias: _____

Medicación (Nombre y dosis): _____

Documentación necesaria a presentar junto a la solicitud:

- Fotocopia del DNI del solicitante y del cónyuge o pareja de hecho, en su caso.
- **Informe de salud** para prestaciones sociales (**del solicitante y beneficiario/s**, en su caso).
- Fotocopia del número de la cuenta bancaria.
- Certificado de ingreso de pensiones o prestaciones del solicitante y del cónyuge o pareja de hecho, en su caso.