





SOLICITUD DE ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA

(en caso de no solicitar valoración de dependencia)

I. Datos de la persona interesada		
Apellidos:		
DNI/NIE:	Sexo: Hombre 🗌 Mujer 🗌	
Fecha de nacimiento:Nacionalida	d:	
Estado civil:		
Domicilio en el que reside actualmente:		
	Nº Piso: Puerta:	
Municipio: Código Postal:	1 dctd1	
E-mail:		
Teléfono:	Móvil:	
II. Datos de la unidad familiar		
Cónyuge Pareja de hecho		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Nambra	
Apellidos: DNI/NIE:	Cover Hombro Mujor D	
Fecha de nacimiento: Nacionalida	Sexo. Horrible Mujer	
Estado civil:	u	
LStado Civil.		
Otros miembros de la unidad familiar, que conviven con	n la persona interesada:	
1. Apellidos y Nombre:	·	
DNI/NIE:Fe	cha de nacimiento:	
2. Apellidos y Nombre:		
DNI/NIE:Fe	cha de nacimiento:	
III. Otros		
Número de cuenta bancaria para domiciliación de pago	en caso de alta en el servicio:	
Entidad Oficina C	.C. N° de cuenta	
Acceso al servicio público de teleasistencia		
Solicita el servicio de teleasistencia:		
	Marcar la casilla Ayuntamiento o Diputación correspondiente Provincial donde ha tramitado su	
	solicitud	
Ya lo recibe y desea seguir recibiéndolo		
Lo ha solicitado al margen de la solicitud de valoraci	ón 🗆	
de dependencia, pero aún no lo recibe y desea recib	irlo <u> </u>	
No lo recibe, no lo ha solicitado, y desea recibirlo (*)		
(*)Si marca esta opción, deberá rellenar los datos complementarios	del reverso de la solicitud.	
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		
• • •	d de los datos declarados, así como a obtener directamente y por los medios	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	tratamiento de los datos contenidos en esta solicitud se realizará conforme a la ble del fichero es el Ayuntamiento de Burgos ante el que el interesado podrá	
ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.	ore del menero es el rigantamiento de bargos ante el que el mieresado podra	
El solicitante autoriza, sólo en el caso de que se produzca alta en e	servicio, al Ayuntamiento de Burgos y/o Empresa que presta el Servicio de	
Teleasistencia para que expida los recibos mensuales según la Ordenanza Fiscal nº 402, reguladora del precio público por la prestación de servicios o		
actividades de atención domiciliaria.		
En Burgos, a de	de 20	
Firma del interesado	Firma del cónyuge o pareja de hecho	
, - , ,		

Datos complementarios del servicio público de teleasistencia (Rellenar sólo en caso de no haber solicitado anteriormente este servicio)		
Datos personales Nº de personas que conviver	n en el domicilio:	
Datos sanitarios – Sistema SACYL	de Salud Nº de afiliación a la Seguridad Social:	
Otras entidades prestatarias	::	
	Nº de afiliación:	
	Tlf. Urgencias de ambulancia:	
	Compañía:	
Médico de cabecera Nombre:		
Dirección:		
Teléfono de cita:	Teléfono de urgencia:	
Datos de personas de cont		
	Relación/Parentesco:	
Localidad:	Telf. Fijo: Telf. Móvil:	
Tiene llaves de su domicilio:		
Nombre:	Relación/Parentesco:	
	Telf. Fijo:	
Localidad:	Telf. Móvil:	
Tiene llaves de su domicilio:	SíNo	
Estado de salud Enfermedades / Operaciones	s / Alergias:	
Medicación (Nombre y dosis):	

Documentación necesaria a presentar junto a la solicitud:

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