



menjar a casa

GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL

# SOLICITUD INDIVIDUAL DEL SERVICIO DE MENJAR A CASA AL AYUNTAMIENTO DE \_\_\_\_\_

## A DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (\*)

<b>APELLIDOS</b>		<b>NOMBRE</b>
<b>D.N.I.</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>
<b>DOMICILIO (calle, plaza, número, piso):</b>		
<b>DOMICILIO ALTERNATIVO</b> <i>(En caso de ausencia en el momento de entrega, preferentemente mismo edificio o colindante o lo más próximo posible al domicilio habitual de entrega)</i>		
<b>LOCALIDAD</b>		<b>PROVINCIA</b>
<b>TELF. FIJO</b>	<b>TELF. MÓVIL</b>	<b>OTRO TELF. CONTACTO</b>

## B DATOS DEL CÓNYUGE

<b>APELLIDOS</b>	<b>NOMBRE</b>
<b>D.N.I.</b>	

## C CERTIFICADO MINUSVALÍA

Posee certificado de minusvalía igual o superior al **33 %**  SI  NO

## D AUTORIZACIÓN

Autorizo expresamente al Ayuntamiento de \_\_\_\_\_ para que, conforme lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, pueda ceder los datos de carácter personal y relativos a la salud a la empresa prestadora del servicio "Menjar a Casa", a los únicos efectos de verificar las condiciones necesarias para disfrutar del mencionado servicio.

Firma \_\_\_\_\_



## **E** DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Fotocopia del DNI de la persona solicitante.
- Certificado de la pensión de jubilación o por cualquier otro concepto, del solicitante y del cónyuge, en su caso.
- Informe social del solicitante, según modelo oficial.
- Informe médico del solicitante, según modelo oficial.
- Declaración responsable del solicitante, según modelo oficial.
- Certificado de minusvalía, en su caso.

## **F** REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN

- Tener edad igual o superior a 65 años
- Tener edad igual o superior a 60 años; tener edad superior a 18 años con certificado de minusvalía. En ambos supuestos siempre que convivan con un beneficiario mayor de 65 años, y se encuentren en situación de dependencia.
- Tener autonomía suficiente para la preparación e ingesta de los alimentos objeto del servicio y/o soporte familiar/servicio de ayuda a domicilio.
- En caso de no tener autonomía suficiente deberá aportar compromiso por escrito de familiares o de la entidad local en el que se responsabilicen de dichas tareas.
- Estar empadronado en alguno de los municipios de la Comunidad Valenciana que participan en el programa piloto y cuyo Ayuntamiento haya formalizado el Convenio de colaboración con la Conselleria de Bienestar Social.
- Precisar del servicio, acreditado mediante el informe social y el informe médico.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
La persona solicitante

Firma \_\_\_\_\_

(\*) Los datos contenidos en este apartado podrán ser incorporados a un fichero informatizado con una finalidad exclusivamente administrativa (Decreto 96/1998 de 6 de julio del Gobierno Valenciano y Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYTO. DE \_\_\_\_\_