

**SERVIZO AXUDA A DOMICILIO (PERSOAS VALORADAS DEPENDENTES)****SOLICITANTE**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Actuando en nome propio

Representando, en calidade de

a:

**INTERESADO**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CANL- DE NOTIFICACIÓN**

|             |
|-------------|
| Tradicional |
| Telemático  |

**DESCRIPCIÓN SAF**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nº EXPTE. DEPENDENCIA:</b>                  |   |
| <b>GRAO:</b>                                   | <b>NIVEL:</b>                                       |
| <b>DATA DE RESOLUCIÓN:</b>                     |   |
| <b>CONTIDO DO PLAN DE COIDADOS:</b>            |   |
|  |   |
| <b>DATA RESOLUCIÓN DO P.I.A.:</b>              |   |
| <b>CONTIDO DO P.I.A.:</b>                      |   |
|  |   |
| <b>HORAS MENSUAIS DE SAF SEGUNDO O P.I.A.:</b> | <b>HORAS SOLICITADAS:</b>                           |
| <b>COIDADOS QUE SOLICITA:</b>                  | <b>Coidados Persoais</b> <b>Coidados Domésticos</b> |



**SERVIZO AXUDA A DOMICILIO (PERSOAS VALORADAS DEPENDENTES)**

| <b>DATOS UNIDAD- FAMILIAR:</b>  |        |   |   |   |
|---------------------------------|--------|---|---|---|
| Nome                            | apelid | h | c | @ |
|                                 |        |   |   |   |
|                                 |        |   |   |   |
|                                 |        |   |   |   |
|                                 |        |   |   |   |
|                                 |        |   |   |   |
|                                 |        |   |   |   |
|                                 |        |   |   |   |
| <b>TOTAL INGRESOS MENSUAIS:</b> |        |   |   |   |
| <b>ATENCIÓNS SOLICITADAS</b>    |        |   |   |   |
|                                 |        |   |   |   |

| <b>CONTA BANCARIA</b> |          |          |      |                 |
|-----------------------|----------|----------|------|-----------------|
| NÚMERO:               | ENTIDADE | SUCURSAL | D.C. | NÚMERO DE CONTA |
|                       |          |          |      |                 |
| <b>TITULAR:</b>       |          |          |      |                 |



**DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA**

Área destinada a describir a documentación que se acompaña á solicitude.

**SOLICITA:** Que tras os trámites e informes pertinentes me sexa concedido o servizo de Axuda a Domicilio.