

CENTRO COMARCAL DE SERVICIOS
SOCIALES
PROGRAMA: *Atención Personas Dependientes.*



SOLICITUD CAMAS ARTICULADAS

SOLICITANTE

NOMBRE: _____
D.N.I. _____
DIRECCION: _____
MUNICIPIO: _____
TELEFONO: _____
RELACION BENEFICIARIO _____

BENEFICIARIO

NOMBRE: _____
D.N.I. _____
DIRECCION _____
MUNICIPIO _____
TELEFONO _____

SECTOR:

TERCERA EDAD

PERSONA CON DISCAPACIDAD

Solicito el préstamo de una cama articulada y autorizo a la Comarca Ribera Alta del Ebro al cobro de la fianza fijada en el Reglamento regulador de este servicio por el préstamo del mismo en mi cuenta bancaria número:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ a _____ de _____ de 2. _____

Fdo.:

Documentación:

- a) Fotocopia del documento nacional de identidad e identificación fiscal. En caso de extranjeros documento acreditativo de su personalidad.
- b) Acreditación documental de la residencia efectiva en alguno de los municipios integrados en la Comarca Ribera Alta del Ebro, mediante certificado o volante de empadronamiento.
- c) Documentos acreditativos de la situación de necesidad determinante de la solicitud. (Informe médico) o resolución de Valoración de Grado de Dependencia del Gobierno de Aragón o Administración competente.
- d) Declaración responsable de que no se perciben otras ayudas para la misma finalidad.
- e) Otros documentos que se consideren necesarios.

SE INFORMA AL USUARIO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE QUE, DE ACUERDO CON LA LEY 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, LOS DATOS AQUÍ FACILITADOS FORMARÁN PARTE DE UN FICHERO TITULARIDAD DE LA COMARCA DE LA RIBERA ALTA DEL EBRO Y DE LA POSIBILIDAD QUE UD. TIENE DE EJERCITAR SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, OPOSICIÓN Y CANCELACIÓN DE LOS MISMOS EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Comarca de la Ribera Alta del Ebro
Arco del Marqués nº 10
50.630 Alagón (Zaragoza)

CENTRO COMARCAL DE SERVICIOS SOCIALES

PROGRAMA: *Atención Personas Dependientes.*



SOLICITUD DE BAJA

EN EL SERVICIO DE CAMAS ARTICULADAS

SOLICITANTE

NOMBRE: _____

D.N.I. _____

DIRECCION: _____

MUNICIPIO: _____ TELEFONO: _____

RELACION BENEFICIARIO _____

BENEFICIARIO

NOMBRE: _____

D.N.I. _____

DIRECCION _____

MUNICIPIO _____ TELEFONO _____

DIRECCIONES A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN DE LA BAJA:

LA DEL SOLICITANTE

LA DEL BENEFICIARIO

OTRA _____

Solicito la baja en el servicio de préstamo de camas articuladas y me comprometo a devolverla en el lugar que se me indique.

_____ a _____ de _____ de 2. _____

Fdo.:

SE INFORMA AL USUARIO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE QUE, DE ACUERDO CON LA LEY 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, LOS DATOS AQUÍ FACILITADOS FORMARÁN PARTE DE UN FICHERO TITULARIDAD DE LA COMARCA DE LA RIBERA ALTA DEL EBRO Y DE LA POSIBILIDAD QUE UD. TIENE DE EJERCITAR SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, OPOSICIÓN Y CANCELACIÓN DE LOS MISMOS EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Comarca de la Ribera Alta del Ebro
Arco del Marqués nº 10
50.630 Alagón (Zaragoza)

CENTRO COMARCAL
DE SERVICIOS SOCIALES
PROGRAMA: *Atención Personas Dependientes*



SERVICIO DE PRESTAMO DE AYUDAS TÉCNICAS

D/Dña. _____
como solicitante del Servicio de préstamo de Ayudas Técnicas, regulado por el reglamento aprobado por el Consejo Comarcal el día 29 de octubre de 2008, publicado en el B.O.P.Z. el 3 de marzo de 2009.

DECLARO:

Que no soy beneficiario/a de otra ayuda técnica que tenga la misma finalidad que la que en ese momento solicito, ni de otra Administración Pública ni de entidad privada financiada con fondos públicos.

Que soy beneficiario/a de otra ayuda técnica que tenga la misma finalidad que la que en ese momento solicito, de otra Administración Pública o de entidad privada financiada con fondos públicos. Por lo que reconozco la pérdida del derecho a ser beneficiario de la Ayuda Técnica solicitada.

En _____ a _____ de _____ de 2. _____

Fdo.: