



**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 DEL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA

(en caso de no solicitar valoración de dependencia)

SOLICITANTE: _____

DNI/NIE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Si está recibiendo actualmente este servicio, concedido por una Administración Pública, lo ha solicitado previamente o desea solicitarlo en este momento, marque la casilla correspondiente y complete los datos:

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

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

El solicitante y, en su caso, el cónyuge 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.

Fecha y firma del interesado:

Firma del cónyuge:

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA

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

Datos Personales							
Nombre:							
Apellidos:							
DNI/ Tarjeta Residente:		Fecha de nacimiento:					
Domicilio							
Calle:				Nº	Esc.	Piso	Puerta
Pedanía		Población		Provincia			
Código Postal		Teléfono fijo		Teléfono móvil			
Nº de personas que conviven en el domicilio:							

Datos sanitarios – Sistema de Salud			
<input type="checkbox"/> Seguridad Social	Nº de afiliación		
<input type="checkbox"/> Otras entidades prestatarias	<input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Documentación necesaria:

- Solicitud.
- Fotocopia del DNI del solicitante y del cónyuge, en su caso.
- **Informe de salud** para prestaciones sociales (**del solicitante y beneficiario**, en su caso).
- Fotocopia del número de la cuenta bancaria.
- Certificado del INSS del solicitante y del cónyuge, en su caso.