**Solicitud**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Don/Dª | | ………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | DNI/NIF | …………….. | |
| Con domicilio en ……………………………. | | | | | | | | | Calle | | ………………………….……….. | | | | |
| Teléfono | | | ……………………………….. | | | EN REPRESENTACIÓN DE/ EN NOMBRE PROPIO | | | | | | | | |
| D. | ……………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | DNI/NIF | | …………….. |
| Con domicilio en | | | | …………………………..... | | | | | Calle | …………………………………….. | | | | |
| Teléfono | | | ………………………………. | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |
| RESUMEN TEMA:  (señalar) | | | | | **Servicio Atención a Domicilio**  **Préstamo material ortopedia:………………………………** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicito el servicio señalado y autorizo a la domiciliación del pago (si procede) en el número de cuenta que señalo a continuación:………………………………………….  Así mismo, quedo/a enterado/a de la normativa que regula dichos servicios. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

DOCUMENTOS APORTADOS (señalar):

* **Fotocopia DNI.**
* **Fotocopia Tarjeta Sanitaria.**
* Certificado o volante de convivencia.
* **Fotocopia declaración de renta.**
* **Informe médico dependencia.**
* **Test Barthel.**
* **Test Lawton.**
* Informe de alta hospitalaria.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | En | ……………. | ,a | ….. | de | …………….. | de 2.0…. |  |
| FIRMA      **Ejemplar para el solicitante** | | | | | | | | | |

**ORDENANZA REGULADORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN   
A DOMICILIO DE LA MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DE LAZAGURRÍA, LODOSA, MENDAVIA, SARTAGUDA Y SESMA**

Artículo 5.º Personas usuarias/destinatarias del SAD.

Podrán ser personas usuarias del SAD, todas aquellas personas o unidades familiares convivenciales, empadronadas en alguno de los Municipios integrantes de la Zona Básica de Servicios Sociales correspondiente, que presenten limitaciones para el desarrollo de una vida autónoma y que les impidan satisfacer sus necesidades personales y sociales por medios propios, requiriendo asistencia para su continuidad en el domicilio habitual.

El SAD presta su atención a las personas incluidas en la unidad convivencial reflejada en el programa de intervención, suspendiéndose el servicio o limitándose a atenciones personales del usuario cuando personas no convivientes habituales permanezcan en el domicilio.

Desde el Servicio de Atención a Domicilio se fomentará un igual reparto de responsabilidades y tareas sin discriminación de género, en relación con la persona usuaria y su entorno psico-social.

Artículo 8.º Cartera de servicios:

La prestación de ayuda a domicilio contempla todas o alguna de las siguientes actuaciones:

**a) Actuaciones de apoyo doméstico**.

**b) Actuaciones de apoyo personal**.

**c) Actuaciones de apoyo psicosocial**.

**d) Actuaciones de apoyo sociocomunitario**.

**e) Actuaciones de apoyo a la familia**

**f) Actuaciones de apoyo técnico en la vivienda**.

**g) Préstamo de ayuda técnicas a personas que no son beneficiarias del Servicio de Atención a domicilio**.

El préstamo se realizará con carácter temporal y por un periodo máximo de seis meses, prorrogable en situaciones excepcionales, y según el material disponible en cada momento.

Incluye préstamo de: andadores, sillas de ruedas y grúa.

Se aplicarán tasas de carácter simbólico:

–Préstamo de grúa: 30 euros mensuales.

–Préstamo de sillas de ruedas: 10 euros mensuales.

–Préstamo de otro tipo de material: 5 euros mensuales.

Los Interesados podrán presentar documentación acreditativa de carecer de ingresos suficientes para afrontar el pago. Si la Renta Per Cápita es inferior al IPREM, el solicitante estará exento del pago de la tasa establecida.

La aplicación de la Cartera de servicios y la prestación de Servicio de Atención a Domicilio no exime a la familia de su responsabilidad legal, social y emocional con respecto a la persona usuaria.

|  |
| --- |
| **Responsable de tratamiento de los datos:**  Mancomunidad de Servicios Sociales de Lazagurria, Lodosa, Mendavia, Sartaguda y Sesma  Pl. del Ayuntamiento, 2, 1º - 31587 - Mendavia (Navarra)  Teléfono: 948695101  Correo electrónico: [ssbmendavia@infolocal.org](about:blank)  Delegado de Protección de Datos: |
| **Derechos:** Las personas interesadas puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación de tratamiento, oponerse al tratamiento, dirigiendo una comunicación formal y por escrito a la Mancomunidad, acreditando su personalidad, valiéndose de cualquier medio aceptado en derecho.  De las misma forma, las personas interesadas pueden presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos mediante escrito dirigiéndose a C/ Jorge Juan, 6, 28001 (Madrid) o a través de su sede electrónica en [www.agpd.es](about:blank) |
| **FINALIDAD DE TRATAMIENTO:** Gestión de expedientes de las personas que solicitan o se les presta el Servicio de Atención Domiciliaria. Incluye también datos de contacto de miembros de las familias de las personas a las que se presta servicio.  **La base jurídica del tratamiento de los datos personales**   * Ley Foral 15/ 2006 Ley de Servicios Sociales. |
| **DESTINATARIOS:** de los datos de carácter personal es la Mancomunidad y los Departamentos correspondientes del Gobierno de Navarra, y otras instituciones. |
| **CONSERVACIÓN:** conservación de los datos personales se realizará conforme con las obligaciones y criterios marcados por la normativa aplicable, y por la Ley Foral 12/2007, de 4 de abril, de Archivos y Documentos y normas de desarrollo. |
| **CESIÓN DE DATOS:**Se le informa que los datos recogidos podrán ser cedidos a terceros, ajenos al Servicio Social, cuando venga previsto específicamente en la ley, o cuando la cesión se realice a otras Administraciones públicas para el ejercicio de sus respectivas competencias.  En los supuetos que se sea preciso ceder información para otras organizaciones, como es el caso de Cruz Roja, Carítas parroquial, etc, se le informará por los tecnicos del servicio. |
| **CONSENTIMIENTO:** Mediante la firma de este documento autoriza expresamente el tratamiento de sus datos para el desarrollo del servicio.  **FECHA Y FIRMA.** |