



Excmo. Cabildo Insular  
de La Gomera

C / Prof. Armas Fdez. Nº 2  
CP: 38800 San Sebastián - Gomera  
Tf: 14 01 52 - 06 Fax: 14 01 51

## **MODELO SOLICITUD DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA**

### **DATOS DEL SOLICITANTE:**

Nombre y Apellidos: D.N.I.:  
TFNO FIJO (necesario para la instalación de este servicio):  
TFNOS (Y NOMBRES, de familiares o afines para llaves de la vivienda):  
Domicilio: Código Postal:  
Municipio:  
Correo electrónico:

### **DATOS DE SEGUNDO BENEFICIARIO, en su caso (para colgante adicional)**

Nombre y Apellidos : D.N.I.:

### **DOCUMENTOS A APORTAR:( marque los que se presentan)**

- a) Fotocopia del DNI del solicitante y, en su caso, del representante legal.
- b) Certificado de Empadronamiento y de Convivencia.
- c) Fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social y/o de otros regímenes sanitarios privados de/los solicitante/s.
- d) Justificación de los ingresos totales de la unidad familiar mediante:
  - Justificante/s de la/s pensión/es, en su caso.
  - Fotocopia/s de la/s nomina/s correspondiente al mes anterior de la solicitud.
  - Certificación del Catastro referida a los bienes inmuebles (rústicos y urbanos) propiedad de la unidad familiar, excepto de la vivienda habitual.
  - Declaración de la Renta o, en su defecto, Certificación Negativa de la misma.

En caso de no tener ingresos en alguno de los anteriores conceptos, deberá hacerse Declaración Jurada expresa en modelo normalizado.

e) Certificado o informe médico actualizado de la Sanidad pública en los que se acredite la situación de enfermedad o incapacidad del solicitante y, del resto de los miembros de la unidad familiar cuando deba tenerse en cuenta ese extremo para su baremo, según Modelo Anexo.

f) En el supuesto de personas con discapacidad, certificado de condición legal de minusvalía, tanto del solicitante como del resto de los miembros de la unidad de convivencia que aleguen situación de discapacidad.

**NOTA:** Cuando exista más de un beneficiario del Servicio la documentación se presentará a nombre de cada uno de ellos.

**AUTORIZA/N:** A los Servicios Sociales, para que recaben, comuniquen y consulten a terceros directamente relacionados o vinculados, mis datos personales de los que dispongan por su condición de entidad pública, y que sean necesarios para la tramitación de la solicitud efectuada.

En.....a.....de.....

**Fdo:**

**Fdo\*:**

**\*En caso de de ser un solicitante principal y otro beneficiario firmar ambos.**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en ficheros propiedad del Cabildo Insular de La Gomera, cuya finalidad es atender a lo solicitado, y no podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el Cabildo mencionado y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la C/ Profesor Armas Fernández num 2 38.800 S.S. de la Gomera, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

**EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL CABILDO INSULAR DE LA GOMERA( AREA DE SERVICIOS SOCIALES)**