



ANEXO I: MODELO DE SOLICITUDE DE ACCESO AO PROGRAMA DE TELEASISTENCIA DA COMUNIDADE AUTÓNOMA GALEGA

I. DATOS PERSOAIS DO/A SOLICITANTE						
PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME		IDENTIFICACIÓN		
				<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte/Outro
				N.º		
DATA DE NACEMENTO			SEXO		NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL
Día	Mes	Ano	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Muller		
DOMICILIO (Rúa/Praza)			N.º	Bloque	Escaleira	Porta
						CÓDIGO POSTAL
LOCALIDADE		PROVINCIA			COMUNIDADE AUTÓNOMA	
TELÉFONO FIXO		TELÉFONO MÓBIL			ENDEREZO ELECTRÓNICO	
TEN SEGURIDADE SOCIAL?				OUTROS SISTEMAS (MUFACE, ISFAS, MUGEJU)		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON				Nº asegurado:		
Nº AFILIACIÓN SEGURIDADE SOCIAL		<input type="checkbox"/> Titular		<input type="checkbox"/> Beneficiario/a		

II. DATOS DO/A REPRESENTANTE LEGAL/GARDADOR/A DE FEITO						
PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME		IDENTIFICACIÓN		
				<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte/Outro
				N.º		
DOMICILIO (Rúa/Praza)			N.º	Bloque	Escaleira	Porta
						CÓDIGO POSTAL
LOCALIDADE		PROVINCIA			COMUNIDADE AUTÓNOMA	
TELÉFONO FIXO		TELÉFONO MÓBIL			ENDEREZO ELECTRÓNICO	
RELACIÓN CO/A INTERESADO/A		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL		<input type="checkbox"/> GARDADOR/A DE FEITO		

III. DATOS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA				
NOME	APELIDOS	DNI	DATA DE NACEMENTO	PARENTESCO

IV. OUTROS DATOS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA
Existen outras persoas na unidade de convivencia en situación de fraxilidade, especial vulnerabilidade e/ou situación de dependencia ou en risco de padecela:
<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> SI, Identificar _____

V. DATOS DA PERSOA DE CONTACTO CON CHAVE (1)						
PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	IDENTIFICACIÓN			
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte/Outro	
DOMICILIO (Rúa/Praza)			N.º	Bloque	Escaleira	Porta
LOCALIDADE		PROVINCIA		COMUNIDADE AUTÓNOMA		
TELÉFONO FIXO		TELÉFONO MÓBIL		ENDEREZO ELECTRÓNICO		

RELACIÓN CO/A INTERESADO/A:

V. DATOS DA PERSOA DE CONTACTO CON CHAVE (2)						
PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	IDENTIFICACIÓN			
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte/Outro	
DOMICILIO (Rúa/Praza)			N.º	Bloque	Escaleira	Porta
LOCALIDADE		PROVINCIA		COMUNIDADE AUTÓNOMA		
TELÉFONO FIXO		TELÉFONO MÓBIL		ENDEREZO ELECTRÓNICO		

RELACIÓN CO/A INTERESADO/A:

VI. O SOLICITANTE PRESENTOU SOLICITUDE DE RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:
<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> SI

VII. CAUSAS QUE MOTIVAN A SOLICITUDE
<input type="checkbox"/> Soedade, aillamento <input type="checkbox"/> Situacións de fragilidade / vulnerabilidade <input type="checkbox"/> Situacións de inseguridade ante emerxencias domésticas, sanitarias e/ou sociais <input type="checkbox"/> Outros _____

