**DADES PERSONA SOL·LICITAN**

NOM COGNOMS: DNI:

DIRECCIÓ:

TELÈFON DE CONTACTE:

RELACIÓ AMB EL BENEFICIARI:

**DADES PERSONA BENEFICIARIA**

NOM COGNOMS: DNI:

DIRECCIÓ:

TELÈFON DE CONTACTE:

GRAU DE DEPENDÈNCIA:

**AJUDA TÈCNICA SOL·LICITADA**

 Llit articulat

 Grua

**DOCUMENTACIÓ**

 Fotocòpia del Document Nacional d'Identitat de la persona beneficiaria.

 Certificat o volant d’empadronament.

 Documents acreditatius de la situació de necessitat (prescripció sanitària mèdic i prescripció social).

 Declaració responsable condicions ús i altres (Annex II)

En , a de de .

Signat

**DATOS DEL SOLICITANTE**

NOMBRE Y APELLIDOS: DNI: DIRECCIÓN:

TELÉFONO DE CONTACTO:

RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

NOMBRE Y APELLIDOS: DNI:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO DE CONTACTO:

GRADO DE DEPENDENCIA:

**PRESTACIÓN SOLICITADA**

 Cama articulada

 Grúa

**DOCUMENTACIÓN**

 Fotocopia del Documento Nacional de Identidad de la persona beneficiaria. En caso de extranjeros, documento acreditativo de su personalidad.

 Certificado o volante de empadronamiento.

 Documento acreditativo de la situación de necesidad (informe médico y informe social).

 Declaración responsable de condiciones.

En , a de de .

Fdo.