



*Ayuntamiento del
Real Valle de Valderredible*

SERVICIOS SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA

Solicitud de Servicio de Atención Domiciliaria

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

D.N.I. nº: _____ Nº DE S.S.: _____

PENSIONISTA: JUBILACION INVALIDEZ VIUDEDAD ORFANDAD OTROS

INGRESOS: _____

PERSONAS CON QUIEN CONVIVE:

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	INGRESOS

PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO: _____

FAMILIARES:

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	DOMICILIO	TELEFONO

CONTENIDO : Tipo de atención que necesita/solicita:

ATENCION PERSONAL	ATENCION DEL HOGAR
<input type="checkbox"/> ASEO PERSONAL	<input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE LIMPIEZA Y ORDEN DEL HOGAR
<input type="checkbox"/> MOVILIDAD (acostar/levantar)	<input type="checkbox"/> PREPARACION DE ALIMENTOS
<input type="checkbox"/> VESTIR/DESVESTIR	<input type="checkbox"/> CUIDADO DE ROPA(LAVAR/PLANCHAR/COSER)
<input type="checkbox"/> DAR COMIDAS	<input type="checkbox"/> RECETAS MEDICAS
<input type="checkbox"/> CONTROL ALIMENTICIO	<input type="checkbox"/> REALIZACION DE COMPRAS/GESTIONES
<input type="checkbox"/> CONTROL DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS	
<input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO DENTRO DEL DOMICILIO y/o ACOMPAÑAMIENTO	
<input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO FUERA DEL DOMICILIO	
<input type="checkbox"/> OTROS (especificar)	

FECHA:

FIRMA: