

ANEXO I SOLICITUD DEL SERVICIO DE TELEALARMA

=> A cumplimentar por el Servicio Social de Base:

ALTA

BAJA:

MODIFICACIONES

CAMBIO DE DOMICILIO

CAMBIO DE TITULAR

NUEVOS TELÉFONOS

OTROS MOTIVOS: _____

FALLECIMIENTO

CAMBIO DE DOMICILIO

INGRESO EN RESIDENCIA

SE LE RETIRA

NO ALTA EQUIPO

REHUSADO

NS/NC

OTROS MOTIVOS: _____

LUGAR DE RECOGIDA DEL EQUIPO DE TELEALARMA EN CASO DE BAJA: _____

=> A cumplimentar por la persona solicitante y/o su representante:

1.- Datos del/la solicitante

Apellido 1		Apellido 2				
Nombre	Mujer Varón	D.N.I.		Estado Civil		
Dirección		Nº	Piso	Puerta	Código Postal	Teléfono
Municipio		Fecha de Nacimiento				
Nº Seguridad Social		Centro de Salud				
Médico/a que le atiende:						

2.- Persona de referencia / Representante legal

Apellido 1		Apellido 2			
Nombre	Vínculo con el/la solicitante	Posee copia de las llaves del domicilio de la persona usuaria (SI/NO)		DNI (en caso de ser representante)	
Dirección		Nº	Piso	Puerta	
Municipio	Código Postal		Teléfonos		

3.- Persona de referencia

Apellido 1		Apellido 2			
Nombre	Vínculo con el/la solicitante	Posee copia de las llaves del domicilio de la persona usuaria (SI/NO)			
Dirección		Nº	Piso	Puerta	
Municipio	Código Postal		Teléfonos		

Persona de referencia

Apellido 1		Apellido 2			
Nombre	Vínculo con el/la solicitante	Posee copia de las llaves del domicilio de la persona usuaria (SI/NO)			
Dirección			Nº	Piso	Puerta
Municipio		Código Postal	Teléfonos		

4.- Datos técnicos

LINEA TELEFÓNICA EN DOMICILIO	NO	SI
VOLTAJE DE LA VIVIENDA	125 w	220 w
MODELO DE APARATO TELEFÓNICO	ROSETA (de Rueda)	DIGITAL (de Teclas)
ENCHUFE CERCA DEL TELÉFONO	NO	SI

5.- Otros datos de interés:

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

Yo _____ con D.N.I.: _____, doy mi consentimiento para que los datos aquí reflejados puedan ser cedidos a los Servicios de Emergencia y a la empresa instaladora de los equipos de telealarma, para que en caso de necesitar su servicio, consten en mi ficha personal, todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Así mismo, me comprometo a:

- La correcta utilización del servicio.
- Cuidar y mantener en condiciones de buen uso el equipo.
- No alterar las instalaciones efectuadas para su conexión.
- No ceder ni vender bajo ningún concepto el equipo instalado.
- Comunicar la baja al Servicio Social de Base del Ayuntamiento en el plazo de un mes.
- Devolver el aparato al Servicio Social de Base o, en su caso, facilitar el acceso a la vivienda para la retirada del mismo.
- Ante una situación de alarma, valorada por el Centro de SOS DEIAK, a permitir a los organismos de salvamento, seguridad pública o sanitarios, que acudan y entren en la vivienda con el fin de prestar la asistencia necesaria, dejando copia de llaves de mi domicilio en el lugar arriba indicado.

En _____, a _____ de _____ de 2.0 ____

Firma del/la solicitante	Firma de la persona de referencia o representante

6.- Documentación que se adjunta:

- Fotocopia del D.N.I.
- Certificado de Empadronamiento.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria.
- Informe Médico.

ANEXO II

INFORME MÉDICO A APORTAR JUNTO CON LA SOLICITUD

Informe realizado por D./Dña. _____

Licenciado/a en Medicina y Cirugía, Colegiado/a en _____ con el N° _____

Referente a D./Dña _____

1.- DIAGNÓSTICOS MÉDICOS.

- | | |
|----------|----------|
| a) | e) |
| b) | f) |
| c) | g) |
| d) | h) |

2.- TRATAMIENTOS

- | | |
|----------|----------|
| a) | e) |
| b) | f) |
| c) | g) |
| d) | h) |

3.- VALORACIÓN MENTAL (Grado de desorientación...)

.....
.....
.....

4.- VALORACIÓN FUNCIONAL

.....
.....
.....

En a de de 2.0

Firma

Yo, con D.N.I., doy mi consentimiento para que los datos aquí reflejados puedan ser cedidos a los Servicios de Emergencia, para que en caso de necesitar sus servicios, consten en mi ficha personal, todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Firma del/la solicitante o de la persona representante.

ANEXO III

INFORME SOCIAL

Informe del/la Trabajador/a Social D./Dña del Ayuntamiento de de la Unidad de Base de con teléfono, en relación a la solicitud del Servicio de Telealarma a nombre de: D./Dña: con D.N.I. Fecha de nacimiento

1.- URGENTE NO Sí (En caso afirmativo explica porque si:)

2.- SITUACIÓN PERSONAL

VIVE SOLO/A NO Sí

¿ES CUIDADOR/A DE OTRA PERSONA ASISTIDA? NO Sí

PASA SOLO/A GRAN PARTE DE:

	NO	SÍ
MAÑANA		
TARDE		
NOCHE		

¿ESTA CAPACITADO/A PARA EL MANEJO DEL EQUIPO? NO Sí

¿HA SUFRIDO SITUACIONES DE EMERGENCIA CON ANTERIORIDAD? NO Sí (Especificar cuales)

OTROS DATOS DE INTERÉS EN RELACIÓN A SU SITUACIÓN PERSONAL:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

3.- VIVIENDA

UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Zona urbana	Zona Rural	
-------------	------------	--

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

Exteriores	Interiores	
------------	------------	--

COMUNICACIONES

Buenas	Malas	
--------	-------	--

ASCENSOR

NO	SI	
----	----	--

REFERENCIA PARA LA LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA:
.....
.....

4.- ES USUARIO DE ALGÚN RECURSO SOCIAL NO SÍ (Cuál/Cuales
.....)

5.- VALORACIÓN DE SU SITUACIÓN SOCIAL (de riesgo, derivada de enfermedad, soledad, ...) Y POSIBLES APOYOS CERCANOS

.....
.....
.....
.....
.....

6.- OBSERVACIONES GENERALES

.....
.....
.....
.....
.....

Visto lo anterior y comprobados y evaluados los datos aportados, se remite el expediente completo a Diputación y como quiera que la persona beneficiaria REUNE los requisitos establecidos en el Decreto Foral nº ____ de __/____ de ____ de _____ para ser beneficiario/a del servicio, se eleva a la Diputación Foral la siguiente propuesta de concesión del servicio de telealarma.

En _____ a _____ de _____ de 2.0 _____

Firma