



# SOL·LICITUD DEL SERVEI LOCAL DE TELEASSISTÈNCIA /

SOLICITUD DEL SERVICIO LOCAL DE TELEASISTENCIA

Registre d'entrada general

AJUNTAMENT D'ESPLUGUES

## SOL·LICITANT (PERSONA BENEFICIÀRIA TITULAR DEL SERVEI) / SOLICITANTE (PERSONA BENEFICIÀRIA TITULAR DEL SERVICIO)

Nom i Cognoms / Nombre y apellidos

Document Identificatiu \* / Documento Identificativo \*

Tipus Via / Tipo via

Domicili (a efectes de notificació)/ Domicilio (a efectos de notificación)

Num\*

Escala/ Escalera

Pis-Porta/Piso-Puerta

Població / Población

Codi Postal /Codigo Postal

Província/Provincia

Telèfon / Teléfono

Correu electrònic / correo electrónico

Data de naixement / Fecha de nacimiento

## ALTRES PERSONES BENEFICIÀRIES PER A QUI ES SOL·LICITA EL SERVEI DINS DE LA MATEIXA UNITAT FAMILIAR / OTRAS PERSONAS BENEFICIARIAS PARA LAS QUE SE SOLICITA EL SERVICIO DENTRO DE LA MISMA UNIDAD FAMILIAR

Nom i Cognoms / Nombre y apellidos

Document Identificatiu / Documento Identificativo

Data de naixement / Fecha de nacimiento

Dono el meu consentiment per a què les Administracions Públiques implicades en la prestació del servei de Teleassistència i en l'àmbit de les seves competències, per si mateixes o a través d'empreses/entitats subcontractades, puguin fer ús de les dades personals facilitades per a la realització d'enquestes i/o entrevistes per conèixer la qualitat del servei prestat i el grau de satisfacció dels usuaris, així com per a la tramesa d'informació general o específica que pugui ser del meu interès en matèria de serveis socials. / Doy mi consentimiento para que las Administraciones públicas implicadas en la prestación del servicio de Teleasistencia y en el ámbito de sus competencias, por si mismas o a través de empresas/entidades, puedan hacer uso de los datos personales facilitados para la realización de encuestas y/o entrevistas para conocer la calidad del servicio prestado y el grado de satisfacción de los usuarios, así como para la tramitación de información general o específica que pueda ser de mi interés en materia de servicios sociales.

No dono el meu consentiment / No doy mi consentimiento

**Signatura de la persona sol·licitant,**  
Firma de la persona solicitante

Vull rebre notificació electrònica de tots els actes d'aquest procediment en aplicació del què disposa la Llei 39/2015, d'1 d'Octubre. A tal efecte facilito en la present comunicació, el correu electrònic i el telèfon mòbil / Quiero recibir notificación electrónica de todos los actos de este procedimiento en aplicación de lo que dispone la Ley 39/2015, del 1 de Octubre. A tal efecto facilito en la presente comunicación, el correo electrónico y el teléfono móvil.

## DADES A OMLIR PELS SERVEIS SOCIALS / DATOS A RELLENAR POR LOS SERVICIOS SOCIALES

Nom i Cognoms del referent tècnic de Serveis Socials / Nombre y apellidos del referente de Servicios Sociales

## DADES sobre RECONeixEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA / DATOS sobre RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

TITULAR SERVEI / Titular servicio

- Persona de 80 anys o més / Persona de 80 años o más
- Persona de 75-79 anys, que viu sola / Persona de 75-79 años, que vive sola
- Persona de 75-79 anys que conviu amb persona/es que no poden fer la funció de cuidadors / Persona de 75-79 años que convive con persona/as que no pueden hacer la función de cuidadores
- Persona amb discapacitat reconeguda igual o superior al 65% / Persona con discapacidad reconocida igual o superior al 65%
- Persona amb grau de dependència reconeguda grau III / Persona con grado de dependencia reconocida grado III

CO-TITULAR SERVEI / Co-titular servicio

Parentiu /Parentesco

- Persona de 80 anys o més / Persona de 80 años o más
- Persona de 75-79 anys que conviu amb persona/es que no poden fer la funció de cuidadors / Persona de 75-79 años que convive con persona/as que no pueden hacer la función de cuidadores
- Persona amb discapacitat reconeguda igual o superior al 65% / Persona con discapacidad reconocida igual o superior al 65%
- Persona amb grau de dependència reconeguda grau III / Persona con grado de dependencia reconocida grado III

**Signatura del tècnic/a de Serveis Socials,**  
Firma del técnico/a de Servicios Sociales

Esplugues de Llobregat,



AJUNTAMENT D'ESPLUGUES

## SOL·LICITUD DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

## SERVEI TELEASSISTÈNCIA

## DADES DEL TITULAR DEL COMPTE CORRENT (que es farà càrrec del cost) / DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA CORRIENTE

Nom i Cognoms / Nombre y apellidos

Document Identificatiu \* / Documento Identificativo \*

autoritza a l'Ajuntament d'Esplugues de Llobregat a efectuar el càrrec dels imports dels rebuts corresponents a la utilització del servei de teleassistència, per un import mensual de **5,70 euros** / autoriza al Ayuntamiento de Esplugues de Llobregat a efectuar el cargo de los importes de los recibos que corresponden a la utilización del servicio de teleasistencia por un importe mensual de **5,70 euros**.

## DADES DEL COMPTE CORRENT / DATOS DE LA CUENTA CORRIENTE

Nom de l'entitat financera / Nombre de la entidad financiera: \_\_\_\_\_

IBAN / IBAN

Banc / Banco

Oficina / Oficina

DC / DC

Núm de compte / Número de cuenta

BIC /SWIFT

Conforme per l'entitat bancària,  
signatura del responsable /  
Conforme por la entidad bancaria,  
firma del responsable

Observacions / Observaciones

Signatura del titular del compte,

\* Camps de compliment obligatori

\* Campos de cumplimiento obligatorio

Li comuniquem que les dades sol·licitades s'inclouran a un tractament de l'Ajuntament d'Esplugues de Llobregat per a la gestió de la seva sol·licitud. Les seves dades no seran cedides a tercers i un cop finalitzada la gestió seran conservades com a part del procediment administratiu. Per més informació podeu adreçar-vos a la nostra política de privacitat. Per a accedir, rectificar, suprimir o exercir la resta dels seus drets pot adreçar-se al Punt d'Atenció Ciutadana (PAC) de l'Ajuntament d'Esplugues de Llobregat, Plaça Santa Magdalena, 24 o Rambla Verge de la Mercè, 1 (08950) Esplugues de Llobregat o be exercir el seu dret a través del Portal de la Ciutadania.

**INFORME NO OBLIGATORI, EN CAS QUE S'ADJUNTI, SERVEIX AQUEST O QUALSEVOL ALTRE AMB MENYS D'UN ANY D'ANTIGUITAT /**

**INFORME NO OBLIGATORIO, EN CASO QUE SE ADJUNTE, SIRVE ESTE O QUALQUIER OTRO CON MENOS DE UN AÑO DE ANTIGUEDAD**

NOM I COGNOM DE L'USUARI/A:

EFFECTUAT PER EL/LA DOCTOR/A:

CENTRE DE SALUT I TELEFON

Segell i signatura del centre

### DIAGNOSTIC DE PATOLOGIES/AFECCIONS

#### PULMONAR

- Bronquitis crònica
- Asma
- Emfisema
- Bronquièctasi
- Oxigenoteràpia
- Tuberculosi

#### OSTEOARTICULAR I TEIXIT CONJUNTIU

- Osteoporosi
- Artrosi
- Espondilosi i trastorns afins
- Artritis reumatoide
- Fractura de femur
- Fractura de maluc

#### PSIQUIÀTRIC/ESTAT D'ÀNIM

- Depressió
- Esquizofrènia
- Psicosi maniacodepressiva
- Trastorns neuròtics

#### CIRCULACIÓ

- Insuficiència cardíaca
- Cardiopatia isquèmica
- Alteracions del ritme cardíac
- Hipertensió arterial
- Multiinfart cerebral
- AVC
- TIA
- Arteriopaties perifèriques
- Trastorns venosos perifèrics
- Marcapasos
- Pren anticoagulants  
Indiqueu quina: \_\_\_\_\_

#### NEUROLÒGIC

- Malaltia d'Alzheimer
- Altres demències
- Esclerosi múltiple
- Malaltia de Parkinson

ALTRES, INDIQUEU:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ALTRES

- Diabetis
- Insulinodependent
- Hepatitis vírica
- Hipertiroidisme
- Hipotiroidisme
- Dislipèmia
- Anèmia
- Insuficiència renal crònica
- Hiperplàsia de pròstata
- Hàrnia de hiatus
- Úlcera gàstrica
- Catarates
- Glaucoma
- Enolisme crònic
- Infecció de VIH
- Alimentació parenteral
- Malaltia Infecto-contagiosa.  
Indiqueu: \_\_\_\_\_

### PROBLEMES DE SALUT

- Caigudes repetides
- Pèrdua de pes superior al 10% en 6 mesos
- Obesitat
- Dispnea en repòs
- Vertigen
- Agitació psicomotora
- Alteració del ritme del son
- Incontinència
- Sonda
- Dolor agut
- Dolor osteoarticular crònic
- Dèficit visual
- Dèficit auditiu. Especifiqueu:
- Lleuger
- Serió
- Greu
- Profund
- Total

Altres malalties o observacions:

Al·lèrgia. Especifiqueu:



AJUNTAMENT D'ESPLUGUES

**ALTRES DADES D'INTERÉS/  
OTROS DATOS DE INTERÉS**
**Telèfons de contacte (familiars, veïns, etc.) / Teléfonos de contacto (familiares, vecinos, etc.):**

NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	Relació amb el sol·licitant / Relació amb el sol·licitant	Telèfon / Teléfono

**Altres dades d'interès / Otros datos de interés:**

Viu Sol / Vive solo:

Si

No

Companyia Telefònica:

Altres observacions / Otras observaciones: