



XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE TRABALLO
E BENESTAR

Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal

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			
			☐ DNI/NIF	☐ NIE	☐ Pasaporte/Outro	N.º
DATA DE NACEMENTO		SEXO	NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL	
Día	Mes	Ano	☐ Home ☐ Muller			
DOMICILIO (Rúa/Praza)			N.º	Bloque	Escaleira	Porta
LOCALIDADE			PROVINCIA		COMUNIDADE AUTÓNOMA	
TELÉFONO FIXO			TELÉFONO MÓBIL		ENDEREZO ELECTRÓNICO	
TEN SEGURIDADE SOCIAL?			☐ Titular	☐ Beneficiario/a	OUTROS SISTEMAS (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) Nº asegurado:	
☐ SI ☐ NON						
Nº AFILIACIÓN SEGURIDADE SOCIAL						

II. DATOS DO/A REPRESENTANTE LEGAL/GARDADOR/A DE FEITO						
PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	IDENTIFICACIÓN			
			☐ DNI/NIF	☐ NIE	☐ Pasaporte/Outro	N.º
DOMICILIO (Rúa/Praza)			N.º	Bloque	Escaleira	Porta
LOCALIDADE			PROVINCIA		COMUNIDADE AUTÓNOMA	
TELÉFONO FIXO			TELÉFONO MÓBIL		ENDEREZO ELECTRÓNICO	
RELACIÓN CO/A INTERESADO/A			☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ 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:	
☐ NON	
☐ SI, Identificar _____	

**XUNTA DE GALICIA**CONSELLERÍA DE TRABALLO
E BENESTAR

Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal

V. DATOS DA PERSOA DE CONTACTO CON CHAVE (1)

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	IDENTIFICACIÓN			
			☐ DNI/NIF ☐ NIE ☐ 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:

V. DATOS DA PERSOA DE CONTACTO CON CHAVE (2)

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	IDENTIFICACIÓN			
			☐ DNI/NIF ☐ NIE ☐ 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:

VI. O SOLICITANTE PRESENTOU SOLICITUDE DE RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:☐ NON☐ SI**VII. CAUSAS QUE MOTIVAN A SOLICITUDE**

- ☐ Soedade, aillamento
- ☐ Situacións de fragilidade / vulnerabilidade
- ☐ Situacións de inseguridade ante emerxencias domésticas, sanitarias e/ou sociais
- ☐ Outros _____



- Que son certos os datos consignados nesta solicitude.
- Que autorizo a que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos, necesarias para cotexar os datos declarados cos que obren en poder das distintas administracións públicas competentes.
- Que quedo coñecedor/a da obriga de informar a Consellería de Traballo e Benestar da Xunta de Galicia de calquera variación que poida producirse a partir deste momento.

SINATURA DO SOLICITANTE OU PERSOAA QUE O REPRESENTA	(Para Cubrir pola Administración)	NÚMERO DE EXPEDIENTE
	RECIBIDO	DATA DE ENTRADA / /
	REVISADO E CONFORME	DATA DE EFECTOS / /
		DATA DE SAÍDA / /

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL: informámolo/a de que os datos persoais contidos nesta solicitude se integrarán nun ficheiro automatizado cuxo tratamento se realizará conforme á Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. A falsidade dos datos proporcionados, así como a obtención ou gozo fraudulento de prestacións, poden ser constitutivas de sanción (título III, da Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia)

Departamento Territorial da Consellería de Traballo e Benestar de