Ajuntament
Sant Pere de Ribes

SERVEI LOCAL DE TELEASSISTÈNCIA

SOL.LICITUD DE SERVEI

Diputació Barcelona
xarxa de municipis
Àrea de Benestar Social

DADES DE L'ENTITAT					
Ajuntament	St. Pere de Ribes	**Comarca**	Garraf	**Núm. Exp.**	
Tècnic SS.SS				**Tel**	938109210

DADES DEL SOL·LICITANT (TITULAR DEL SERVEI USUARI TIPUS A)							
Nom I Cognoms						**(Edat :)**	
DNI		**Adreça**					
Nucli de població				**CP**		**Tel**	

ALTRES USUARIS PER A QUI ES SOL·LICITA EL SERVEI DINS LA MATEIXA UNITAT FAMILIAR			
Nom I Cognoms			**(Edat :)**
DNI		**Tipus d'usuari**	
Nom I Cognoms			**(Edat :)**
DNI		**Tipus d'usuari**	
Nom I Cognoms			**(Edat :)**
DNI		**Tipus d'usuari**	

PERSONES I TELÈFONS DE CONTACTE			
Nom I Cognoms			
TEL		PARENTIU	
Nom I Cognoms			
TEL		PARENTIU	
Nom I Cognoms			
TEL		PARENTIU	

<u>Unitat familiar de convivència :</u>

☐ Viu sol ☐ viu en parella (edat .....) ☐ viu amb fills ☐ viu amb altres ☐ altres familiars

D'acord amb la Llei 15/99 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de caràcter personal, s'informa a la persona interessada que les dades facilitades seran incloses en un fitxer automatitzar per al seu tractament informàtic. Així mateix, s'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, en els termes inclosos a la legislació vigent, mitjançant escrit presentat en el Registre de l'ajuntament.

Autoritzo a l'Ajuntament, en l'àmbit de les seves competències, a fer ús de les dades personals facilitades, així com per a la tramesa d'informació general o específica que pugui ser del meu interès.

Ajuntament
Sant Pere de Ribes

SERVEI LOCAL DE TELEASSISTÈNCIA
SOL.LICITUD DE SERVEI

Diputació Barcelona
xarxa de municipis
Àrea de Benestar Social

DOCUMENTACIÓ A ADJUNTAR A LA SOL.LICITUD	
	Còpia del / s DNI , NIE , Passaport de la/ les persones sol·licitants
	Còpia de la les targetes sanitàries de la/ les persones sol·licitants
	Còpia del primer full de la cartilla del banc per on es farà el pagament del servei /s
	Model informe mèdic que s'adjunta emplenat per metge de família i full medicació activa

AUTORITZACIÓ PER PAGAMENT PREU PÚBLIC SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA

Sr. / Sra. ...., amb DNI/Passaport núm..... / núm.....

AUTORITZO/EM:

Que l'ajuntament faci el cobrament de la quantitat de:

☐ **20 €/semestrals per persona beneficiària**

En concepte del servei de teleassistència des de la data d'alta (.....) fins la data de baixa d'aquest. Tenint en compte que aquest import es pot veure incrementat en funció de l'augment de l'IPC oficial anual.
El cobrament d'aquest import es farà a través del meu compte bancari núm. ..... de l'entitat .....

Em/Ens comprometo/em a avisar els serveis de l'ajuntament (Benestar Social tel. 938109210) si es dóna el cas, de la data que es demana la baixa i retira el servei de teleassistència. Així com a retornar l'aparell de teleassistència en bones condicions.

Signatura interessat/s, Segell de l'Ajuntament,

Sant Pere de Ribes, ... de 2011

D'acord amb la Llei 15/99 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de caràcter personal, s'informa a la persona interessada que les dades facilitades seran incloses en un fitxer automatitzar per al seu tractament informàtic. Així mateix, s'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, en els termes inclosos a la legislació vigent, mitjançant escrit presentat en el Registre de l'ajuntament.

Autoritzo a l'Ajuntament, en l'àmbit de les seves competències, a fer ús de les dades personals facilitades, així com per a la tramesa d'informació general o específica que pugui ser del meu interès.

Ajuntament
Sant Pere de Ribes

SERVEI LOCAL DE TELEASSISTÈNCIA

SOL.LICITUD DE SERVEI

Diputació Barcelona
xarxa de municipis
Àrea de Benestar Social

NOM I COGNOMS DE L'USUARI/A:

EFECTUAT PER EL/LA DOCTOR/A:

CENTRE DE SALUT:

TELÈFON: **DATA:**

Segell i Signatura

DIAGNÒSTIC 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 fèmur
- ☐ Fractura de maluc

PSIQUIÁTRICO / ESTADO DE ÁNIMO
- ☐ 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
- ☐ Diabetis
- ☐ Insulinodependent
- ☐ Hepatitis vírica
- ☐ Hipertiroïdisme
- ☐ Hipotiroïdisme
- ☐ Dislipèmia
- ☐ Anèmia
- ☐ Insuficiència renal crònica
- ☐ Hiperplàsia de pròstata
- ☐ Hèrnia de hiatus
- ☐ Úlcera gàstrica
- ☐ Cataractes
- ☐ Glaucoma
- ☐ Enolisme crònic
- ☐ Infecció per VIH
- ☐ Alimentació parenteral
- ☐ Pateix malaltia infecto-Contagiosa.
  Indiqueu:.....
  .....

ALTRES. NDIQUEU:.....
.....

PROBLEMES DE SALUT

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

ALTRES MALALTIES O OBSERVACIONS:	**AL·LÈRGIA. ESPECIFIQUEU:**

Adjuntar informació de medicació d'especial rellevància per a patologies cròniques

D'acord amb la Llei 15/99 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de caràcter personal, s'informa a la persona interessada que les dades facilitades seran incloses en un fitxer automatitzar per al seu tractament informàtic. Així mateix, s'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, en els termes inclosos a la legislació vigent, mitjançant escrit presentat en el Registre de l'ajuntament.

Autoritzo a l'Ajuntament, en l'àmbit de les seves competències, a fer ús de les dades personals facilitades, així com per a la tramesa d'informació general o específica que pugui ser del meu interès.