

Núm. d'expedient **SOL·LICITUD DE PRESTACIONS DIRIGIDES A LES** Registre d'entrada  
**PERSONES CON SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA**

## Sol·licitant

Nom i llinatges ..... DNI .....  
Domicili ..... núm. .... pis ..... porta .....  
Població Ciutadella de Menorca Codi postal 07760 Província Illes Balears,  
Telèfons ..... A/e .....

## Persona a qui representa

Nom i llinatges ..... DNI .....  
Domicili ..... núm. .... pis ..... porta .....  
Població ..... Codi postal ..... Província .....  
Telèfons ..... A/e .....

## Expòs

- Que, per la meua situació personal i familiar, necessit gaudir de les diferents prestacions d'atenció a la dependència, i rebre l'atenció i l'assistència necessàries.
- Que, per la situació personal i familiar de la meua ....., necessit gaudir de les diferents prestacions d'atenció a la dependència, i rebre l'atenció i l'assistència necessàries.

## I, per açò, sol·licit:

- Servei d'ajuda a domicili
- Teleassistència domiciliària
- Servei de menjar a domicili
- Centre d'estades diürnes .....
- Centre residencial .....
- Centre ocupacional .....
- Pisos .....
- Targeta d'estacionament temporal per a persones amb mobilitat reduïda
- Reserva d'estacionament per a persones amb mobilitat reduïda
- Tràmits diversos:
  - Ajuda econòmica per a cobertura de necessitats bàsiques
  - Ajuda econòmica per a viatges d'IMSERSO
  - Incapacitació legal
- Material tècnic sociosanitari; tipus de material: .....

DECLAR que totes les dades contingudes en aquesta sol·licitud i en la documentació que s'hi adjunta són certes

CIUTADELLA, ..... de/d' ..... de 20  
(signatura de la persona sol·licitant o de la persona que la representa)

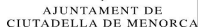
REGIDOR/A DEL SERVEI D'ATENCIÓ SOCIAL BÀSICA DE L'AJUNTAMENT DE CIUTADELLA DE MENORCA



## **INFORME DE SALUT**

(Model Llei de dependència)

ANNEX 3



ANNEX 4

## ORDRE DE DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Benvolgut/uda senyor/a,  
Amb càrrec al meu compte corrent i fins a nou avís, atenguin la present domiciliació:

**ENTITAT BENEFICIÀRIA:**

Ajuntament de Ciutadella de Menorca  
07760 Ciutadella  
NIF: P-0701500-A

### CONCEPTE: PRESTACIONS D'AJUDA A DOMICILI (SAD I MAD)

PERSONA TITULAR DEL COMPTE DE CÀRREC:

NOM:

DNI:

Número de compte (ompliu totes les caselles)

CODI IBAN    CODI ENTITAT    CODI SUCURSAL    DC

NÚM. COMPTE

[illegible]

Ciutadella de Menorca, ..... d ..... de 20....

(Signatura de la persona titular del compte)

## CONTRACTE PER A LA PRESTACIÓ DEL SERVEI DE MENJAR A DOMICILI

### *Dades de la persona beneficiària i característiques de la prestació*

---

|                    |                                                                |
|--------------------|----------------------------------------------------------------|
| NOM                |                                                                |
| DATA<br>NAIXEMENT  |                                                                |
| DNI                |                                                                |
| ADREÇA             |                                                                |
| TELÈFON            |                                                                |
| TIPUS DE MENÚ:     |                                                                |
| DIES DE MAD        | DILLUNS DIMARTS DIMECRES DIJOUS DIVENDRES DISSABTE<br>DIUMENGE |
| FESTIUS            | SÍ NO                                                          |
| DATA ALTA          |                                                                |
| OBSERVACIONS       |                                                                |
| Adreça electrònica |                                                                |

- *Conec i accept les condicions del Servei de Menjar a Domicili de l'Ajuntament de Ciutadella.*

---

Per tal que així consti, firmen el present contracte:

Persona beneficiària o persona representant:

Treballador/a social  
Ajuntament de Ciutadella

(En cas que signi una persona representant, adjunteu-hi el DNI i anoteu-ne el parentesc)

Ciutadella de Menorca,    d    de 20

## FULL DE COMUNICACIÓ DE L'ALTA DE MAD A L'EMPRESA CONTRACTISTA

De: ..... treballador/a social de l'Ajuntament de Ciutadella

Número expedient municipal: .....

|                   |                                                             |
|-------------------|-------------------------------------------------------------|
| NOM               |                                                             |
| DATA<br>NAIXEMENT |                                                             |
| DNI               |                                                             |
| ADREÇA            |                                                             |
| TELÈFON           |                                                             |
| TIPUS DE MENÚ:    |                                                             |
| DIES DE MAD       | DILLUNS DIMARTS DIMECRES DIJOUS DIVENDRES DISSABTE DIUMENGE |
| FESTIUS           | SÍ NO                                                       |
| DATA ALTA         |                                                             |
| OBSERVACIONS      |                                                             |

Data i signatura,