 **Servicios Sociales**

## SOLICITUD DE AMPLIACIÓN PRESTACIÓN DE AYUDA TÉCNICA

#### DATOS TITULAR BENEFICIARIO.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | DNI/Pasaporte |
|  |  |  |  |
| Domicilio(Calle/Plaza) | Nº | Bloq. | Esc. | Piso | Código Postal |
|  |  |  |  |  |  |
| Localidad | Provincia | Teléfono | Fecha de Nacimiento | Estado Civil |
|  |  |  |  |  |

***PRESTACIÓN:***

* CAMA ARTICULADA
* SILLA RUEDAS
* GRUA
* ANDADOR
* MULETAS
* COLCHÓN ANTIESCARAS

|  |  |
| --- | --- |
|  Fecha |  |
| Firma:  |

SR./SRA. PRESIDENTE/A DE LA COMARCA COMUNIDAD DE CALATAYUD.

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, consiento que los datos incluidos en el presente formulario y aquellos que comunique en el futuro a la Comarca Comunidad de Calatayud, sean incorporados a un fichero de responsabilidad de la misma y que sean tratados con la finalidad de gestionar el servicio solicitado.

|  |  |
| --- | --- |
| Propuesta Trabajador/a Social |  |