



SOLICITUD DE ALTA/MODIFICACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Alta

Modificación

V_19/11/2025

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre / Razón social: _____ NIF: _____

1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____

Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____

DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE

Nombre: _____ NIF: _____

1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____

Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____

MEDIO PARA NOTIFICACIÓN

La información solicitada se facilitará preferentemente por vía telemática. En la sede electrónica <https://sede.santacruzdetenerife.es> está disponible toda la información necesaria sobre las condiciones de uso de este servicio. En caso de que desee recibir la información por otro medio, marque expresamente la casilla correspondiente.

Medio preferente para notificación: Telemático Postal

Tipo vía: _____ Nombre vía: _____ Núm: _____ Esc.: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Provincia: _____ Municipio: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico a efectos de avisos: _____

EXPONE

No contar con el apoyo suficiente para cubrir alguna de las modalidades de ayuda.

Se han producido cambios en alguna de las siguientes situaciones: salud, situación económica, convivencia , apoyo.

SOLICITA

Modificación número
de horas semanales

Modificación número
de días semanales

Modificación modalidad
de ayuda

Modificación
importe tarifa

DECLARACIÓN RESPONSABLE

La Persona solicitante, DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD

- En relación al Servicio de Ayuda a Domicilio:
 - Que **NO** recibe prestación para el mismo concepto.
 - Que **SI** recibe prestación de _____ , por importe de _____ euros.
- Que conoce las condiciones, requisitos y obligaciones generales contenidos en la Ordenanza Reguladora de este servicio.
- Que autoriza expresamente al Ayuntamiento a recabar cualquier tipo de información o documentos que pueda obrar en su poder, tanto por estar incorporados a su Historia Social, como por ya constar con ocasión de la tramitación de otros expedientes, así como a solicitarla de otras Administraciones.

FECHA Y FIRMA

En _____ , a _____ de _____ de 20 _____

Firma: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife
Finalidad: Tramitación de solicitudes para la prestación del servicio de ayuda a domicilio
Legitimación: Normativa reguladora del servicio de ayuda a domicilio
Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal
Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional: Puede consultar la información adicional y detallada en <https://sede.santacruzdetenerife.es/sede/proteccion-de-datos>

REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN (A RELLENAR POR LA ADMINISTRACIÓN)

En función de la documentación que obre en la historia social y del conocimiento que se tiene del caso.

PROFESIONAL Y UNIDAD DE REFERENCIA

Trabajador/a Social: Cod. 1-3-3: _____ Nombre: _____

N. Trab. Social Zona	<input type="checkbox"/> UTS Salud	N. Infancia y Familia	<input type="checkbox"/> EER Salud	N. Acogida
<input type="checkbox"/> UTS Centro	<input type="checkbox"/> UTS San Andrés	<input type="checkbox"/> EER Centro	<input type="checkbox"/> EER San Andrés	<input type="checkbox"/> C. Acogida
<input type="checkbox"/> UTS Ofra	<input type="checkbox"/> UTS Barranco Grande	<input type="checkbox"/> EER Ofra	<input type="checkbox"/> EER Barranco Grande	
<input type="checkbox"/> UTS Gladiolos	<input type="checkbox"/> UTS Añaza	<input type="checkbox"/> EER Gladiolos	<input type="checkbox"/> EER Añaza	<input type="checkbox"/> Sin Asignar
<input type="checkbox"/> Otra:	_____			

MODALIDADES DE AYUDA

<input type="checkbox"/> Aseo personal	<input type="checkbox"/> Limpieza extraordinaria
<input type="checkbox"/> Aseo personal de atención especial	<input type="checkbox"/> Lavado, planchado, orden y repaso de ropa dentro del domicilio
<input type="checkbox"/> Compañía y gestión en traslados fuera del domicilio	<input type="checkbox"/> Lavado, planchado, orden y repaso de ropa fuera del domicilio
<input type="checkbox"/> Atenciones de apoyo a padres, familiares o tutores	<input type="checkbox"/> Realización de compras domésticas
<input type="checkbox"/> Otras atenciones de carácter personal	<input type="checkbox"/> Cocinado de alimentos dentro del domicilio
<input type="checkbox"/> Limpieza habitual	<input type="checkbox"/> Cocinado de alimentos fuera del domicilio
<input type="checkbox"/> Limpieza general	

DOCUMENTACIÓN APORTADA (1) Requerida / (2) Aportada

(1)	(2)	DOCUMENTACIÓN	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) DNI o documento oficial que lo sustituya de la persona solicitante y de todos los miembros de la unidad de convivencia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Certificado de empadronamiento y convivencia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Declaración de la Renta o en su defecto, certificado negativo de su presentación correspondiente al último ejercicio, que abarque a todos los miembros de la unidad de convivencia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Justificante mensual de los ingresos económicos de cada uno de los miembros de la unidad de convivencia, provenientes de salarios, pensiones de cualquier tipo y procedencia, plazos fijos, depósitos bancarios, títulos, acciones etc.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Informe médico actualizado emitido por facultativo del Servicio Canario de Salud, en el que se especifique el diagnóstico y tratamiento de patologías que puedan afectar al desenvolvimiento personal de la persona solicitante, así como de todas aquellas personas que convivan con ella.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Certificado expedido por la Administración Autónoma de que la persona solicitante en el que se acredite el grado y nivel de dependencia reconocido, en el marco del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia, o en su defecto el resguardo de haberlo solicitado.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Autorización, según modelo normalizado, para recabar datos de otras Administraciones y/o entidades públicas.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Cualquier otra documentación que atendiendo al objeto o finalidad de la ayuda pueda ser requerida por la Administración.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FECHA Y FIRMA

En _____, a _____ de _____ de 20____

El/la Trabajador/a Social

Firma: _____