



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE



Espacio reservado para el sello de registro

PRESTACIONES ECONÓMICAS DE ASISTENCIA SOCIAL (PEAS) Solicitud genérica

PEAS_01_0_Sol_Gen_v1_4

SOLICITANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

REPRESENTANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN					
Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública	Número	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Municipio	Provincia			

EXPONE
Encontrarse en situación de necesidad o emergencia social

DECLARACIÓN RESPONSABLE
<p>La persona solicitante, DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - En relación ayudas para la misma finalidad de otras Administraciones o Entidades Públicas: <li style="padding-left: 20px;">Que <input type="checkbox"/> NO ha recibido ayudas. <li style="padding-left: 20px;">Que <input type="checkbox"/> SI ha recibido ayudas de _____, por importe de _____ euros - Que conoce las condiciones, requisitos y obligaciones generales contenidos en las Bases específicas reguladoras de estas prestaciones. - Que asume los compromisos acordados con los servicios sociales. - Que autoriza el abono indirecto de la ayuda, al proveedor o endosatario del suministro o servicio al que se destina la ayuda, cuando así lo estime conveniente el IMAS. - 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.

SOLICITA
La concesión de la Prestación Económica de Asistencia Social a la que ha sido orientada por los servicios sociales municipales.

Fecha y firma (Solicitante)
En Santa Cruz de Tenerife, a <input style="width: 40px;" type="text"/> de <input style="width: 80px;" type="text"/> de <input style="width: 40px;" type="text"/>
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; flex-direction: column; justify-content: center; align-items: center;"> <p style="margin: 0;">Solicitante/representante</p> <p style="margin: 0;">(firma)</p> </div>

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle Elías Baccallado, 2-A 38010 Santa Cruz de Tenerife.

* A cumplimentar por el/la Trabajador/a Social

*** DILIGENCIA DE VISADO Y REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN**

Diligencia de visado por la que se deja constancia expresa de que la prestación concreta objeto de solicitud ha sido orientada por el/la Trabajador/a Social del Ayuntamiento (IMAS) en entrevista previa y, en función a la necesidad de atender y a la vista de la documentación que obre en la historia social y del conocimiento que se tiene del caso se requiere documentación.

*** Profesional, unidad referencia, distrito y barrio**

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

Unidad de referencia.-

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 Bco Grande	<input type="checkbox"/> EER Ofra	<input type="checkbox"/> EER Bco Grande	<input type="checkbox"/> Sin asignar
<input type="checkbox"/> UTS Gladiolos	<input type="checkbox"/> UTS Añaza	<input type="checkbox"/> EER Gladiolos	<input type="checkbox"/> EER Añaza	

Distrito: <input type="checkbox"/> Anaga / <input type="checkbox"/> Centro-Ifara / <input type="checkbox"/> Salud-La Salle / <input type="checkbox"/> Ofra-Costa Sur / <input type="checkbox"/> Suroeste <input type="checkbox"/> PSH sin zonificar	Barrio:
--	---------

*** Finalidad de la ayuda**

Grupo:	Concepto:	Subconcepto:
--------	-----------	--------------

Detalle concepto:

*** Documentación (1) Requerida / (2) Aportada**

(1)	(2)	Documentación	Observaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solicitud en modelo normalizado, con diligencia de visado de orientación del/la trabajador/a social del Ayuntamiento (IMAS) en entrevista previa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizaciones para recabar datos de otras administraciones o entidades públicas (AET, Seguridad Social, SCE, ...) firmada por todas las personas afectadas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) DNI o documento oficial que lo sustituya del solicitante y otros 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) Libro de Familia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Justificante de los ingresos económicos de cada uno de los miembros de la unidad de convivencia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Pensionistas: documento acreditativo de la pensión que percibe.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trabajadores por cuenta ajena: certificados de haberes de empresa o última hoja de salario.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trabajadores autónomos: última liquidación trimestral del IRPF y/o último boletín de cotización a la Seguridad Social y, en todo caso, declaración de responsabilidad de los ingresos mensuales que percibe.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Desempleados: Certificado del Servicio Canario de Empleo que acredite tal situación e importe de las prestaciones que pueda percibir.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Estudiantes mayores de 16 años: Documento acreditativo de la realización de estudios de cualquier nivel.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Separados y divorciados: sentencia de separación o divorcio y/o convenio regulador en el que conste la cuantía de la manutención En el caso de que no perciba la pensión alimenticia o auxilio económico fijado en resolución judicial además acompañará justificación documental de haber formulado la correspondiente denuncia por incumplimiento del obligado a prestarlos o declaración jurada de los motivos por los que no la ha presentado.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros justificantes de rentas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Certificado de vida laboral de la Tesorería de la Seguridad Social, de cada uno de los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) 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 familiar.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Alta de Tercero para procedimientos de pagos en este Ayuntamiento (IMAS), del solicitante y/o el endosatario, en el supuesto de pagos por abono indirecto.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Presupuesto del gasto que origine la petición de ayuda en los casos que proceda o factura , si el gasto ya se hubiera realizado.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Prescripción médica emitida por facultativo del Servicio Canario de Salud, en los casos de prestaciones de prótesis u órtesis, así como en su caso, medición correspondiente por profesional competente.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Cualquier otra documentación que atendiendo al objeto o finalidad de la ayuda pueda ser requerida por parte del Ayuntamiento(IMAS)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	

Fecha y firma (Trabajador/a Social)

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de _____

firma. Trabajador/a Social



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE



ESPACIO RESERVADO PARA EL SELLO DE REGISTRO

PRESTACIONES ECONÓMICAS DE ASISTENCIA SOCIAL (PEAS):

Solicitud específica:

A.1.- Subsistencia / Alimentación e higiene (acuerdo colaboración)

PEAS_01_1_Sol_Sub_ALM_v1_4

SOLICITANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

REPRESENTANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN								
Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública				Numero	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Municipio	Provincia						

EXPONE
Encontrarse en situación de necesidad o emergencia social

DECLARACIÓN RESPONSABLE
<p>La persona solicitante, DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - En relación ayudas para la misma finalidad de otras Administraciones o Entidades Públicas: Que <input type="checkbox"/> NO ha recibido ayudas. Que <input type="checkbox"/> SI ha recibido ayudas de _____, por importe de _____ euros - Que conoce las condiciones, requisitos y obligaciones generales contenidos en las Bases específicas reguladoras de estas prestaciones. - Que asume los compromisos acordados con los servicios sociales. - Que autoriza el abono indirecto de la ayuda, al proveedor o endosatario del suministro o servicio al que se destina la ayuda, cuando así lo estime conveniente el IMAS. - 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.

SOLICITA
La concesión de la Prestación Económica de Asistencia Social a la que ha sido orientada por los servicios sociales municipales.

Fecha y firma (Solicitante)

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

<p>Solicitante/representante</p> <p>(firma)</p>

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle Elías Bacallado 2-A 38010 Santa Cruz de Tenerife.

* A cumplimentar por el/la Trabajador/a Social

*** DILIGENCIA DE VISADO Y REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN**

Diligencia de visado por la que se deja constancia expresa de que la prestación concreta objeto de solicitud ha sido orientada por el/la Trabajador/a Social del Ayuntamiento (IMAS) en entrevista previa y, en función a la necesidad de atender y a la vista de la documentación que obre en la historia social y del conocimiento que se tiene del caso se requiere documentación.

* Profesional, unidad referencia, distrito y barrio

Trabajador/a Social	Cod.1-3-3	Nombre
Unidad de referencia.- N. Trab.Social Zona <input type="checkbox"/> UTS Centro <input type="checkbox"/> UTS Ofra <input type="checkbox"/> UTS Gladiolos		
<input type="checkbox"/> UTS Salud <input type="checkbox"/> UTS San Andrés <input type="checkbox"/> UTS Bco Grande <input type="checkbox"/> UTS Añaza		
N. Infancia y Familia <input type="checkbox"/> EER Centro <input type="checkbox"/> EER Ofra <input type="checkbox"/> EER Gladiolos		
<input type="checkbox"/> EER Salud <input type="checkbox"/> EER San Andrés <input type="checkbox"/> EER Bco Grande <input type="checkbox"/> EER Añaza		
N. Acogida <input type="checkbox"/> C. Acogida <input type="checkbox"/> Sin asignar		
Distrito: <input type="checkbox"/> Anaga / <input type="checkbox"/> Centro-Ifara / <input type="checkbox"/> Salud-La Salle / <input type="checkbox"/> Ofra-Costa Sur / <input type="checkbox"/> Suroeste <input type="checkbox"/> PSH sin zonificar		Barrio:

* Finalidad de la ayuda

Grupo: A.- Necesidades Básicas	Concepto: A.1.- Subsistencia	Subconcepto: Alimentación e higiene
Detalle concepto:		

* Documentación (1) Requerida / (2) Aportada

(1)	(2)	Documentación	Observaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solicitud en modelo normalizado, con diligencia de visado de orientación del/la trabajador/a social del Ayuntamiento (IMAS) en entrevista previa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizaciones para recabar datos de otras administraciones o entidades públicas (Agencia Tributaria, Seguridad Social, SCE, ...) firmada por todas las personas afectadas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) DNI o documento oficial que lo sustituya del solicitante y otros 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) Libro de Familia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Justificante de los ingresos económicos de cada uno de los miembros de la unidad de convivencia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Pensionistas : documento acreditativo de la pensión que percibe.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trabajadores por cuenta ajena : certificados de haberes de empresa o última hoja de salario.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trabajadores autónomos : última liquidación trimestral del IRPF y/o último boletín de cotización a la Seguridad Social y, en todo caso, declaración de responsabilidad de los ingresos mensuales que percibe.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Desempleados : Certificado del Servicio Canario de Empleo que acredite tal situación e importe de las prestaciones que pueda percibir.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Estudiantes mayores de 16 años : Documento acreditativo de la realización de estudios de cualquier nivel.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Separados y divorciados : sentencia de separación o divorcio y/o convenio regulador en el que conste la cuantía de la manutención. En el caso de que no perciba la pensión alimenticia o auxilio económico fijado en resolución judicial además acompañará justificación documental de haber formulado la correspondiente denuncia por incumplimiento del obligado a prestarlos o declaración jurada de los motivos por los que no la ha presentado.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros justificantes de rentas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Certificado de vida laboral de la Tesorería de la Seguridad Social, de cada uno de los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) 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 familiar.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Alta de Tercero para procedimientos de pagos en este Ayuntamiento (IMAS), del solicitante y/o el endosatario, en el supuesto de pagos por abono indirecto.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Presupuesto del gasto que origine la petición de ayuda en los casos que proceda o factura , si el gasto ya se hubiera realizado.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Prescripción médica emitida por facultativo del Servicio Canario de Salud, en los casos de prestaciones de prótesis u órtesis, así como en su caso, medición correspondiente por profesional competente.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Cualquier otra documentación que atendiendo al objeto o finalidad de la ayuda pueda ser requerida por parte del Ayuntamiento(IMAS)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	

Fecha y firma (Trabajador/a Social)

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de _____

firma. Trabajador/a Social

PRESTACIONES ECONÓMICAS DE ASISTENCIA SOCIAL (PEAS):

Solicitud específica:

A.2.- Suministros del hogar / Agua (colaboración EMMASA)

PEAS_01_2_Sol_Sub_AGU_v1_4

SOLICITANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

REPRESENTANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN								
Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública				Número	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Municipio	Provincia						

EXPONE
Encontrarse en situación de necesidad o emergencia social

DECLARACIÓN RESPONSABLE
<p>La persona solicitante, DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - En relación ayudas para la misma finalidad de otras Administraciones o Entidades Públicas: Que <input type="checkbox"/> NO ha recibido ayudas. Que <input type="checkbox"/> SI ha recibido ayudas de _____, por importe de _____ euros - Que conoce las condiciones, requisitos y obligaciones generales contenidos en las Bases específicas reguladoras de estas prestaciones. - Que asume los compromisos acordados con los servicios sociales. - Que autoriza el abono indirecto de la ayuda, al proveedor o endosatario del suministro o servicio al que se destina la ayuda, cuando así lo estime conveniente el IMAS. - 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.

SOLICITA
La concesión de la Prestación Económica de Asistencia Social a la que ha sido orientada por los servicios sociales municipales.

Fecha y firma (Solicitante)
En Santa Cruz de Tenerife, a <input type="text"/> de <input type="text"/> de <input type="text"/>
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Solicitante/representante</p> <p>(firma)</p> </div>

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle Elías Bacallado 2-A 38010 Santa Cruz de Tenerife.

* A cumplimentar por el/la Trabajador/a Social

*** DILIGENCIA DE VISADO Y REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN**

Diligencia de visado por la que se deja constancia expresa de que la prestación concreta objeto de solicitud ha sido orientada por el/la Trabajador/a Social del Ayuntamiento (IMAS) en entrevista previa y, en función a la necesidad de atender y a la vista de la documentación que obre en la historia social y del conocimiento que se tiene del caso se requiere documentación.

*** Profesional, unidad referencia, distrito y barrio**

Trabajador/a Social	Cod.1-3-3	Nombre
Unidad de referencia.- N. Trab.Social Zona <input type="checkbox"/> UTS Centro <input type="checkbox"/> UTS Ofra <input type="checkbox"/> UTS Gladiolos		
<input type="checkbox"/> UTS Salud <input type="checkbox"/> UTS San Andrés <input type="checkbox"/> UTS Bco Grande <input type="checkbox"/> UTS Añaza		
N. Infancia y Familia <input type="checkbox"/> EER Centro <input type="checkbox"/> EER Ofra <input type="checkbox"/> EER Gladiolos		
<input type="checkbox"/> EER Salud <input type="checkbox"/> EER San Andrés <input type="checkbox"/> EER Bco Grande <input type="checkbox"/> EER Añaza		
N. Acogida <input type="checkbox"/> C. Acogida <input type="checkbox"/> Sin asignar		
Distrito: <input type="checkbox"/> Anaga / <input type="checkbox"/> Centro-Ifara / <input type="checkbox"/> Salud-La Salle / <input type="checkbox"/> Ofra-Costa Sur / <input type="checkbox"/> Suroeste <input type="checkbox"/> PSH sin zonificar		Barrio:

*** Finalidad de la ayuda**

Grupo: A.- Necesidades Básicas	Concepto: A.2.- Suministros del hogar	Subconcepto: Agua
Detalle concepto:		

*** Documentación (1) Requerida / (2) Aportada**

(1)	(2)	Documentación	Observaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solicitud en modelo normalizado, con diligencia de visado de orientación del/la trabajador/a social del Ayuntamiento (IMAS) en entrevista previa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizaciones para recabar datos de otras administraciones o entidades públicas (Agencia Tributaria, Seguridad Social, SCE, ...) firmada por todas las personas afectadas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) DNI o documento oficial que lo sustituya del solicitante y otros 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) Libro de Familia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Justificante de los ingresos económicos de cada uno de los miembros de la unidad de convivencia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Pensionistas: documento acreditativo de la pensión que percibe.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trabajadores por cuenta ajena: certificados de haberes de empresa o última hoja de salario.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trabajadores autónomos: última liquidación trimestral del IRPF y/o último boletín de cotización a la Seguridad Social y, en todo caso, declaración de responsabilidad de los ingresos mensuales que percibe.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Desempleados: Certificado del Servicio Canario de Empleo que acredite tal situación e importe de las prestaciones que pueda percibir.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Estudiantes mayores de 16 años: Documento acreditativo de la realización de estudios de cualquier nivel.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Separados y divorciados: sentencia de separación o divorcio y/o convenio regulador en el que conste la cuantía de la manutención. En el caso de que no perciba la pensión alimenticia o auxilio económico fijado en resolución judicial además acompañará justificación documental de haber formulado la correspondiente denuncia por incumplimiento del obligado a prestarlos o declaración jurada de los motivos por los que no la ha presentado.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros justificantes de rentas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Certificado de vida laboral de la Tesorería de la Seguridad Social, de cada uno de los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) 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 familiar.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Alta de Tercero para procedimientos de pagos en este Ayuntamiento (IMAS), del solicitante y/o el endosatario, en el supuesto de pagos por abono indirecto.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Presupuesto del gasto que origine la petición de ayuda en los casos que proceda o factura , si el gasto ya se hubiera realizado.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Prescripción médica emitida por facultativo del Servicio Canario de Salud, en los casos de prestaciones de prótesis u órtesis, así como en su caso, medición correspondiente por profesional competente.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Cualquier otra documentación que atendiendo al objeto o finalidad de la ayuda pueda ser requerida por parte del Ayuntamiento(IMAS)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	

Fecha y firma (Trabajador/a Social)

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de _____

firma. Trabajador/a Social



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE



Espacio reservado para el sello de registro

PRESTACIONES ECONÓMICAS DE ASISTENCIA SOCIAL (PEAS):

Solicitud específica:

A.3.- Vivienda

PEAS_01_3_Sol_Sub_VDA_v1_4

SOLICITANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

REPRESENTANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN								
Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública				Número	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Municipio	Provincia						

EXPONE
Encontrarse en situación de necesidad o emergencia social

DECLARACIÓN RESPONSABLE
<p>La persona solicitante, DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - En relación ayudas para la misma finalidad de otras Administraciones o Entidades Públicas: Que <input type="checkbox"/> NO ha recibido ayudas. Que <input type="checkbox"/> SI ha recibido ayudas de _____, por importe de _____ euros - Que conoce las condiciones, requisitos y obligaciones generales contenidos en las Bases específicas reguladoras de estas prestaciones. - Que asume los compromisos acordados con los servicios sociales. - Que autoriza el abono indirecto de la ayuda, al proveedor o endosatario del suministro o servicio al que se destina la ayuda, cuando así lo estime conveniente el IMAS. - 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.

SOLICITA
La concesión de la Prestación Económica de Asistencia Social a la que ha sido orientada por los servicios sociales municipales.

Fecha y firma (Solicitante)

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

<p>Solicitante/representante</p> <p>(firma)</p>
--

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle Elias Bacallado 2-A 38010 Santa Cruz de Tenerife.

* A cumplimentar por el/la Trabajador/a Social

* DILIGENCIA DE VISADO Y REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN			
Diligencia de visado por la que se deja constancia expresa de que la prestación concreta objeto de solicitud ha sido orientada por el/la Trabajador/a Social del Ayuntamiento (IMAS) en entrevista previa y, en función a la necesidad de atender y a la vista de la documentación que obre en la historia social y del conocimiento que se tiene del caso se requiere documentación.			
* Profesional, unidad referencia, distrito y barrio			
Trabajador/a Social	Cod.1-3-3	Nombre	
Unidad de referencia.-			
N. Trab.Social Zona		N. Infancia y Familia	
<input type="checkbox"/> UTS Centro	<input type="checkbox"/> UTS Salud	<input type="checkbox"/> EER Centro	<input type="checkbox"/> N. Acogida
<input type="checkbox"/> UTS Otra	<input type="checkbox"/> UTS San Andrés	<input type="checkbox"/> EER Otra	<input type="checkbox"/> C. Acogida
<input type="checkbox"/> UTS Gladiolos	<input type="checkbox"/> UTS Bco Grande	<input type="checkbox"/> EER Gladiolos	<input type="checkbox"/> Sin asignar
	<input type="checkbox"/> UTS Añaza		
Distrito: <input type="checkbox"/> Anaga / <input type="checkbox"/> Centro-Itara / <input type="checkbox"/> Salud-La Salle / <input type="checkbox"/> Otra-Costa Sur / <input type="checkbox"/> Suroeste <input type="checkbox"/> PSH sin zonificar			Barrio:
* Finalidad de la ayuda			
Grupo: A.- Necesidades Básicas	Concepto: A.3.- Vivienda	Subconcepto: <input type="checkbox"/> Créditos hipotecarios <input type="checkbox"/> Garantías, fianzas e Intermediación	<input type="checkbox"/> Arrendamientos <input type="checkbox"/> Comunidad propietarios
Detalle concepto:			
* Documentación (1) Requerida / (2) Aportada			
(1)	(2)	Documentación	Observaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solicitud en modelo normalizado, con diligencia de visado de orientación del/la trabajador/a social del Ayuntamiento (IMAS) en entrevista previa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizaciones para recabar datos de otras administraciones o entidades públicas (Agencia Tributaria, Seguridad Social, SCE, ...) firmada por todas las personas afectadas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) DNI o documento oficial que lo sustituya del solicitante y otros 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) Libro de Familia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Justificante de los ingresos económicos de cada uno de los miembros de la unidad de convivencia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Pensionistas: documento acreditativo de la pensión que percibe.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trabajadores por cuenta ajena: certificados de haberés de empresa o última hoja de salario.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Trabajadores autónomos: última liquidación trimestral del IRPF y/o último boletín de cotización a la Seguridad Social y, en todo caso, declaración de responsabilidad de los ingresos mensuales que percibe.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Desempleados: Certificado del Servicio Canario de Empleo que acredite tal situación e importe de las prestaciones que pueda percibir.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Estudiantes mayores de 16 años: Documento acreditativo de la realización de estudios de cualquier nivel.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Separados y divorciados: sentencia de separación o divorcio y/o convenio regulador en el que conste la cuantía de la manutención. En el caso de que no perciba la pensión alimenticia o auxilio económico fijado en resolución judicial además acompañará justificación documental de haber formulado la correspondiente denuncia por incumplimiento del obligado a prestarlos o declaración jurada de los motivos por los que no la ha presentado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros justificantes de rentas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Certificado de vida laboral de la Tesorería de la Seguridad Social, de cada uno de los miembros de la unidad familiar mayores de 16 años.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) 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 familiar.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Alta de Tercero para procedimientos de pagos en este Ayuntamiento (IMAS), del solicitante y/o el endosatario, en el supuesto de pagos por abono indirecto.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Presupuesto del gasto que origine la petición de ayuda en los casos que proceda o factura , si el gasto ya se hubiera realizado.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Prescripción médica emitida por facultativo del Servicio Canario de Salud, en los casos de prestaciones de prótesis u ótesis, así como en su caso, medición correspondiente por profesional competente.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Cualquier otra documentación que atendiendo al objeto o finalidad de la ayuda pueda ser requerida por parte del Ayuntamiento(IMAS)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
Fecha y firma (Trabajador/a Social)			

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de _____

_____ firma. Trabajador/a Social



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE

Espacio reservado para el sello de registro



SOLICITUD DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

REPRESENTANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública	Número	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Municipio	Provincia			

EXPONE

1. No contar con el apoyo suficiente para cubrir alguna de las modalidades de ayuda.
2. Aceptación de la regulación descrita en la Ordenanza que regula el servicio.

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 para 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.

SOLICITA

La concesión del Servicio de Ayuda a Domicilio

Fecha y firma (Solicitante)

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

Solicitante/representante

(firma)

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle General Antequera, 14 Santa Cruz de Tenerife

REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

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

Unidad de referencia.

- UTS Centro
 UTS Ofra
 UTS Gladiolos

- UTS Salud
 UTS San Andrés
 UTS Barranco Grande
 UTS Añaza

- Infancia y Familia
 Acogida
 Otra: _____

Modalidades de Ayuda

- Aseo personal
 Aseo personal de atención especial
 Compañía y gestión en traslados fuera del domicilio
 Atenciones de apoyo a padres, familiares o tutores
 Otras atenciones de carácter personal
 Limpieza habitual
 Limpieza general
 Limpieza extraordinaria
 Lavado, planchado, orden y repaso de ropa dentro del domicilio
 Lavado, planchado, orden y repaso de ropa fuera del domicilio
 Realización de compras domésticas
 Cocinado de alimentos dentro del domicilio
 Cocinado de alimentos fuera del domicilio.

Documentación (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 Autonómica 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.	
		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"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Fecha y firma funcionaria/o

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

Funcionaria/o

(firma)



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE

Espacio reservado para el sello de registro



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

REPRESENTANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública	Número	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Municipio	Provincia			

EXPONE

1. Se han producido cambios en alguna de las siguientes situaciones: salud, situación económica, convivencia, apoyo,
2. Aceptación de la regulación descrita en la Ordenanza que regula el servicio.

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 para 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.

SOLICITA

La modificación del Servicio de Ayuda a Domicilio en relación a alguno de los siguientes aspectos:

- N° horas semanales
 N° días semanales
 Modalidad de ayuda
 Importe tarifa

Fecha y firma (Solicitante)

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

Solicitante/representante

(firma)

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle General Antequera 14 Santa Cruz de Tenerife.

REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

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

Unidad de referencia.

- UTS Centro
 UTS Ofra
 UTS Gladiolos

- UTS Salud
 UTS San Andrés
 UTS Barranco Grande
 UTS Añaza

- Infancia y Familia
 Acogida
 Otra: _____

Modalidades de Ayuda

- Aseo personal
 Aseo personal de atención especial
 Compañía y gestión en traslados fuera del domicilio
 Atenciones de apoyo a padres, familiares o tutores
 Otras atenciones de carácter personal
 Limpieza habitual
 Limpieza general
 Limpieza extraordinaria
 Lavado, planchado, orden y repaso de ropa dentro del domicilio
 Lavado, planchado, orden y repaso de ropa fuera del domicilio
 Realización de compras domésticas
 Cocinado de alimentos dentro del domicilio
 Cocinado de alimentos fuera del domicilio.

Documentación (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"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Fecha y firma funcionaria/oEn Santa Cruz de Tenerife, a de de

Funcionaria/o
(firma)



SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Solicitud

SOLICITANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

REPRESENTANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN					
Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública	Número	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Municipio	Provincia			

MOTIVO DE LA SOLICITUD

DECLARACIÓN RESPONSABLE
<p>La persona solicitante, DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que NO recibe prestación para el mismo concepto. - 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 (Solicitante)
<p>En Santa Cruz de Tenerife, a <input type="text"/> de <input type="text"/> de <input type="text"/></p>
<p>Solicitante/representante (firma)</p>

En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE le informa que los datos personales incluidos en el presente formulario pasarán a formar parte de un fichero titularidad y responsabilidad de esta entidad, con la finalidad de satisfacer la solicitud u observaciones contenidas en el mismo, iniciar, completar o tramitar el correspondiente expediente administrativo, así como las circunstancias que de los mismos y para los mismos se deriven administrativamente necesarias. Usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten respecto a sus datos de carácter personal de conformidad con lo dispuesto en los arts. 23 y siguientes del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (ROLOPD). Asimismo, con objeto de conceder las máximas facilidades para la formulación de sus peticiones, el EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE ha ubicado a su disposición formularios de ejercicio de dichos derechos en la página web municipal y en las Oficinas de Atención e Información Ciudadana.

* Se informa al interesado que, salvo oposición expresa por su parte, el Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife podrá obtener directa o telemáticamente la información que estime necesaria para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en cuya virtud deba pronunciarse para la resolución de este expediente/trámite/procedimiento. Dicha oposición expresa, en su caso, deberá hacerse constar marcando la siguiente casilla:

No autorizo a que el Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife pueda obtener y/o solicitar de sus propios archivos o de otra Administración, la información que legalmente fuera necesaria o pertinente para la resolución de este trámite, tal como prevé el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas



* A cumplimentar por el/la Trabajador/a Social

*** REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN**

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

*** Profesional y unidad referencia**

Trabajador/a Social	Cod.1-3-3	Nombre		
Unidad de referencia.-				
N. Trab.Social Zona		N. Infancia y Familia		N. Acogida
<input type="checkbox"/> UTS Centro	<input type="checkbox"/> UTS Salud	<input type="checkbox"/> EER Centro	<input type="checkbox"/> EER Salud	<input type="checkbox"/> C. Acogida
<input type="checkbox"/> UTS Ofra	<input type="checkbox"/> UTS San Andrés	<input type="checkbox"/> EER Ofra	<input type="checkbox"/> EER San Andrés	<input type="checkbox"/> Sin asignar
<input type="checkbox"/> UTS Gladiolos	<input type="checkbox"/> UTS Bco Grande	<input type="checkbox"/> EER Gladiolos	<input type="checkbox"/> EER Bco Grande	
	<input type="checkbox"/> UTS Añaza		<input type="checkbox"/> EER Añaza	

*** Documentación (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) Declaración de la Renta al último ejercicio, que abarque a todos los miembros de la unidad de convivencia.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) 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"/>	d) 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"/>	e) fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social o análoga	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Ficha de la persona usuaria (según modelo)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Autorización, según modelo normalizado, para recabar datos de otras Administraciones y/o entidades públicas.	

* Se informa al interesado que, salvo oposición expresa por su parte, el Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife podrá obtener directa o telemáticamente la información que estime necesaria para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en cuya virtud deba pronunciarse para la resolución de este expediente/trámite/procedimiento. Dicha oposición expresa, en su caso, deberá hacerse constar marcando la siguiente casilla:

No autorizo a que el Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife pueda obtener y/o solicitar de sus propios archivos o de otra Administración, la información que legalmente fuera necesaria o pertinente para la resolución de este trámite, tal como prevé el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Fecha y firma Trabajador/a Social

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

Trabajador/a Social (firma)

SOLICITUD DE AYUDA INDIVIDUAL DE DISCAPACIDAD

DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A

Apellidos y Nombre del Beneficiario/a:		Conceptos:	Cuantía:
Domicilio:		Teléfono fijo/Móvil:	
D.N.I. :	Fecha de Nacimiento:		
DATOS ESCOLARES:			
Estudios que realiza:		Curso:	
Centro o Colegio:			
DATOS DE DISCAPACIDAD:			
Tipo de Discapacidad:		Grado:	
Fecha Certificado de Calificación:		Provincia de Reconocimiento:	
Beneficiario/a de la prestación por Dependencia del Gobierno de Canarias	SI (ha solicitado)	NO (ha solicitado)	
Prestación concedida:	Cuantía anual:		
Beneficiario/a de Becas de Educación del Gobierno de Canarias	SI	NO	
Estado:	Cuantía anual:		
Situación Laboral/Ocupacional:			
Describir, con el mayor detalle, su situación y otros datos de interés en relación a la petición de la ayuda:			

DATOS DEL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Apellidos y Nombre:	
D.N.I. :	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	C.P. Teléfono fijo/ Móvil:

COMPOSICIÓN Y DECLARACIÓN DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (solicitante incluido)

Parentesco	Apellidos y Nombre:	Edad	Ocupación:	Ingresos Mensuales:	Fuente de Ingresos (Empresa, Organismo, etc.)
Solicitante:					

Yo, el/la solicitante, **DECLARO bajo mi responsabilidad**, ser ciertos y comprobables documentalmente todos y cada uno de los datos consignados en la presente solicitud.

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

FIRMA del/la solicitante



EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

(Espacio reservado para el sello de la Oficina de Registro)

SOLICITUD GENERAL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA INTERESADO/A			
Apellidos y Nombre/Razón Social			D.N.I./C.I.F.
Domicilio a efectos de notificación			
Municipio	Provincia	Código Postal	Teléfono

DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE			
Apellidos y Nombre			D.N.I.
Domicilio a efectos de notificación			
Municipio	Provincia	Código Postal	Teléfono

EXPONE:

(Continuar en el reverso de la hoja en caso necesario)

A cuyos efectos aporta la siguiente documentación

- Documento acreditativo de la representación que ostenta, en su caso.
- _____
- _____
- _____

SOLICITA:

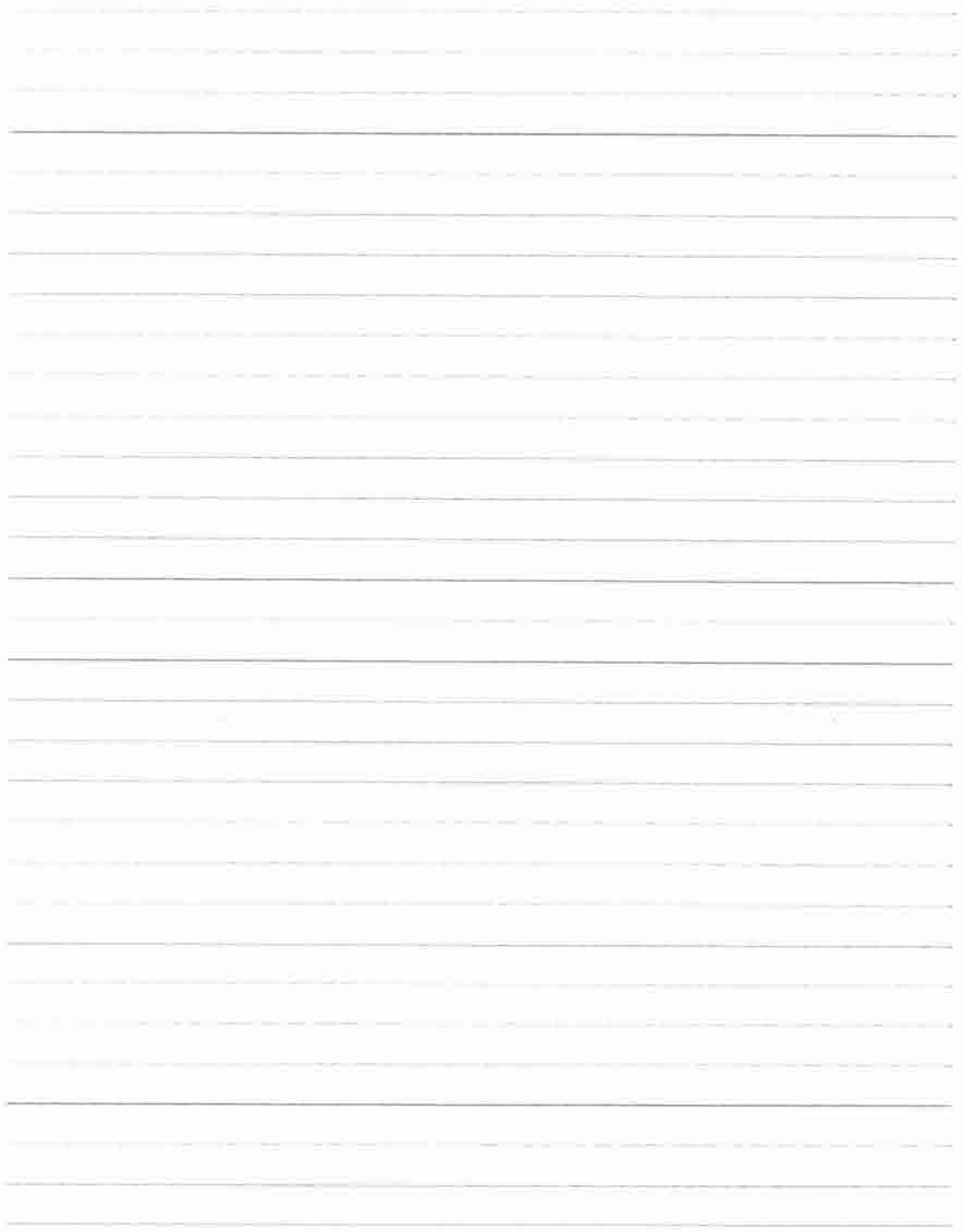
(Continuar en el reverso de la hoja en caso necesario)

Santa Cruz de Tenerife, a de de 200

Fdo.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle General Antequera, nº 14 (CP 38004).

EXCMO. SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE





Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE



España reservada para el grupo de registro

DOCUMENTACIÓN GENERAL
AUTORIZACIÓN GENERAL PARA RECABAR DATOS
Autorización

PEAS_02_Autorizacion_Datos_20131007

AUTORIZANTE		
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DNI/NIE	Teléfonos	Correo electrónico

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN					
Calle/Plaza/Avda.	Nombre de la vía pública	Numero	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Municipio	Provincia			

AUTORIZACIÓN
<p>La/s persona/s firmantes de este documento, autorizan expresamente a los servicios sociales del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, gestionados a través del Instituto Municipal de Atención Social (IMAS), para consultar y recabar datos de otras Administraciones y/o Entidades Públicas, con la finalidad de que puedan mantener actualizada su historia social y documentar las solicitudes de ayudas u otras prestaciones sociales que se inicien durante la vigencia de la presente autorización.</p>

ADMINISTRACIONES Y/O ENTIDADES PÚBLICAS
<p>Alcance de la autorización: La presente autorización se refiere a información de carácter económica, fiscal, patrimonial y social relativa al solicitante, miembros de su unidad familiar u otras personas relacionadas, que obre en poder de otras administraciones públicas y entre las que se encuentran las siguientes:</p>
<p><input type="checkbox"/> Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) Información de naturaleza tributaria: IRPF y otras.</p>
<p><input type="checkbox"/> Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) – Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) Información sobre percepción e importe de pensiones y prestaciones, vida laboral, etc.</p>
<p><input type="checkbox"/> Oficina de Información del Catastro Información sobre bienes inmuebles rústicos y urbanos, valor catastral, etc.</p>
<p><input type="checkbox"/> Servicio Canario de Empleo (SCE) Situación, percepción de prestaciones y ayudas e importe de las mismas, etc.</p>
<p><input type="checkbox"/> Gobierno de Canarias: Unidades gestoras de servicios sociales Prestaciones sociales: PNC, Prestación Canaria de Inserción, etc.</p>
<p><input type="checkbox"/> Otras: Administración o Entidad Pública: _____ Información a recabar: _____</p>

VIGENCIA

La presente autorización tendrá una vigencia de _____ meses, contados a partir de la fecha de la firma de la misma. No obstante, podrá ser revocada en cualquier momento, a solicitud de la persona autorizante interesada, mediante escrito presentado ante el registro del Ayuntamiento.

OTROS AUTORIZANTES

Otros familiares o personas relacionadas con el/la autorizante, que suscriben el presente documento de autorización, con el mismo contenido, alcance y vigencia

Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
	Primer apellido	Segundo apellido	
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
	Primer apellido	Segundo apellido	
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
	Primer apellido	Segundo apellido	
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
	Primer apellido	Segundo apellido	
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
	Primer apellido	Segundo apellido	
Parentesco	Nombre	DNI/NIE	Firma
	Primer apellido	Segundo apellido	

Fecha y firma (Autorizante)

En Santa Cruz de Tenerife, a de de

Autorizante

(firma)

De conformidad con la **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle Elías Bacallado, 2-A, 38010 Santa Cruz de Tenerife



INSCRIPCIÓN EN TALLERES Y ACTIVIDADES 2017
Enmarcadas en el I Plan Estratégico Municipal para las personas mayores de
Santa Cruz de Tenerife

SOLICITANTE				
Nombre		Primer apellido	Segundo apellido	
DNI, NIE, Pasaporte		Teléfono fijo	Teléfono móvil	
Correo electrónico			Nivel estudios	
Familiar de contacto (parentesco y teléfono):				
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		
Tipo /Vía	Nombre de la vía pública	Número	Piso	Código Postal
Barrio			Distrito	
Nombre del/la profesional que deriva			UTS	
SOLICITA				
Ser admitido/a en el taller y/o actividades que se detallan más abajo, programadas por el Negociado de Mayores del Servicio de Atención Social del Instituto Municipal de Atención Social.				
TALLERES Y ACTIVIDADES EN LOS QUE DESEA INSCRIBIRSE.				
Señale con una X en el cuadradito que figura a la izquierda y ponga las observaciones que considere				
Marque con una X	Tipos de talleres	Contenidos		
<input type="checkbox"/>	Caminando en tu entorno	Actividad física consistente en ejercicios en aula y caminatas por el parque y/o el entorno cercano.		
<input type="checkbox"/>	Memoria	Estimulación cognitiva a través de ejercicios que refuercen estrategias para recordar mejor y fortalecer lo aprendido.		
<input type="checkbox"/>	Transmite y comparte	Contenidos de diferentes temáticas donde se promueva la formación de las personas mayores y la forma de compartirlas con otros grupos y generaciones.		
<input type="checkbox"/>	Conoce tu municipio	Formado por módulos de diferentes temáticas del municipio de Santa Cruz, sesiones teóricas y visitas. Potenciando el papel de las personas como trasmisoras de conocimientos y estimulando su memoria		
<input type="checkbox"/>	Eco- salud	Promoción de la salud: hábitos de vida saludable ecología y medio ambiente, consumo responsable, nutrición, las 3 RRR, etc.		
<input type="checkbox"/>	Relaciones interpersonales	Conceptos sobre relaciones personales, comunicación, expresión oral, etc.		
<input type="checkbox"/>	Los cinco sentidos	Autocuidado y estimulación cognitiva a través de los cinco sentidos, ejercicios.		
<input type="checkbox"/>	Cuidando a las personas que cuidan	Promoción de la salud, cuidado psicológico y social de las personas cuidadoras y autocuidado.		



<input type="checkbox"/>	Recursos sociales	Información sobre recursos sociales, ayudas, subvenciones, bonificaciones, voluntariado, etc...
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	Conceptos teóricos y ejercicios prácticos para mantener el estado físico, hábitos posturales correctos, respiración, rutinas cotidianas de actividad física en el domicilio, movilidad articular, manipulación de cargas, etc.
<input type="checkbox"/>	Charlas	De diferentes temas: información de recursos sociales, jurídicas, seguridad vial, consumo, ocio productivo, etc.
<input type="checkbox"/>	Visitas culturales	A lugares de interés, exposiciones, edificios emblemáticos, rutas, etc.
<input type="checkbox"/>	informática	Iniciación.
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)	

Observaciones

Una vez analizadas las solicitudes, se le comunicará si ha sido admitido/a y las fechas de realización de los talleres y actividades.

El número máximo de participantes por taller será de 20 personas. En el caso de que esté completo el grupo pasará a lista de espera y se irán incorporando a lo largo del año.

Cada persona solo podrá acudir de forma simultánea a dos talleres diferentes, como máximo

Yo, el/la solicitante **DECLARO** bajo mi responsabilidad ser ciertos y comprobables documentalmente todos y cada uno de los datos consignados en la presente solicitud.

Santa Cruz de Tenerife a ____ de _____ de 2017.

De conformidad con la **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle General Antequera, 14 Santa Cruz de Tenerife.



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE
Área de Gobierno Atención Social y
Servicios Personales
U.T.S. Añaza



COMPARECENCIA

D. / D^a _____, con DN.I. nº _____,
mayor de edad, domiciliado en _____,
en Santa Cruz de Tenerife.

COMPARECE Y EXPONE:

Que en la fecha _____ tuvo entrada en el Registro General de este Excmo.
Ayuntamiento, la solicitud de la misma, para _____

Y mediante el presente escrito hace constar su expresa voluntad de **DESISTIR**
de dicha solicitud, por los siguientes motivos:

Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de 201

Fdo.:
D.N.I.

Ante mi:
LA TRABAJADORA SOCIAL

Fdo.:



**INFORME DE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES SOBRE
PERSONAS SUSCEPTIBLES DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL EN
EMPRESAS DE INSERCIÓN**

D./Dña. _____ en calidad de Trabajador/a Social de los servicios sociales del municipio de Santa Cruz de Tenerife en cumplimiento de lo establecido en el punto 3 del artículo 8 del Decreto 137/2009, de 20 de octubre, **por el que se regula la calificación de empresas de inserción, el procedimiento de acceso a las mismas y el Registro de Empresas de Inserción**, donde se señala que los Servicios Sociales municipales deberán expedir un informe que acredite la exclusión social por medio de la presente, a la que se refiere el artículo 2.2 de la Ley 44/2007, de 13 de diciembre

INFORMA

Que, D./Dña. _____ con DNI nº _____ vecino/a de este municipio, con domicilio en _____ se encuentra en **exclusión social, o en riesgo de padecerla**, puesto que se encuentra **desempleado/a e inscrito/a** en el Servicio Canario de empleo y en la situación que a continuación se señala: ¹

- a) **Perceptores de Rentas Mínimas de Inserción** según denominación adoptada en cada Comunidad Autónoma: **Prestación Canaria de Inserción, o cualquier otra prestación de igual o similar naturaleza, así como los miembros de la unidad de convivencia** beneficiarios de ellas.
- b) Personas que no puedan acceder a la prestación, por alguna de las siguientes causas:
- Falta de período exigido de residencia o empadronamiento, o para la constitución de la Unidad Perceptora.
 - Haber agotado el período máximo de percepción legalmente establecido.
- c) **Jóvenes** mayores de 18 años y menores de 30 años, procedentes de Instituciones de **Protección de Menores**.
- d) Personas con problemas de **drogodependencia u otros trastornos adictivos** que se encuentren en proceso de rehabilitación o reinserción social.
- e) **Internos de centros penitenciarios** cuya situación penitenciaria les permita acceder a un empleo y cuya relación laboral no esté incluida en el ámbito de aplicación de la relación laboral especial regulada en el artículo 1 del Real Decreto 782/2001, de 6 de julio, así como liberados condicionales y ex-reclusos.
- f) **Menores internos** incluidos en el ámbito de aplicación de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la **responsabilidad penal** de los menores, cuya situación les permita acceder a un empleo y cuya relación laboral no esté incluida en el ámbito de aplicación de la relación laboral especial a que se refiere el artículo 53.4 del Reglamento de la citada Ley, aprobado por el Real Decreto 1.774/2004, de 30 de julio, así como los que se encuentran en situación de libertad vigilada y los ex-internos.
- g) Personas procedentes de **centros de alojamiento alternativo** autorizados por la Comunidad Autónoma de Canarias.
- h) Personas procedentes de **servicios de prevención e inserción social autorizados** por la Comunidad Autónoma de Canarias.

VALORACION DEL PERFIL PERSONAL

Según decreto 137/2009 se informa que a la vista de la **PROPUESTA DE LA EMPRESA DE INSERCIÓN** _____ de fecha ___/___/2017 y las **circunstancias y características personales del posible trabajador se considera conveniente la participación del mismo en dicha empresa de inserción en el marco de un proceso de inserción socio laboral.**

En _____, a _____ de _____ de 2017

Firma y sello
Trabajador/a Social

¹ Marcar con una X en el cuadro la(s) opción(es) correspondientes.

AUTORIZACIÓN

D/D^a-

_____, con
DNI/NIE/PASAPORTE _____,

Autoriza al **INSTITUTO MUNICIPAL DE ATENCIÓN SOCIAL**, a facilitar al Centro de Formación y Empleo de la Sociedad de Desarrollo de Santa Cruz de Tenerife, mi número de móvil a efectos de que envíen un mensaje como recordatorio, de las sesiones informativas que tendrán lugar en los distintos distritos del municipio, sobre recursos que ofrece el Centro de Formación y Empleo, ubicado en la plaza Ireneo González.

En Santa Cruz de Tenerife, a..... de.....20.....

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Calle General Antequera, nº 14 (CP 38004).



PROYECTO EDUCATIVO INDIVIDUAL

SERVICIO DE DÍA:

Expediente Municipal	Nº D.P.	Nº S.R.	
Apellidos			
Nombre		Nº Móvil:	
Fecha nacimiento		Edad Actual:	
Dirección			
Barrio/ Zona:			
Centro escolar		Curs@	
Referente Familiar		Nº Móvil:	

EQUIPO MUNICIPAL DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA DE REFERENCIA

Fecha elaboración P.E.I.:			
Prioridad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
	Observaciones:		
Propuesta Temporalidad P.E.I.:	_____ meses.		
Propuesta Periodicidad semanal:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 día/s p@r semana <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes		
Equipo Municipal zona:	Teléfono	Correo electrónico:	
Educad@r/a S@cial (ED)			
Trabajad@r/a S@cial (TS)			
Psicol@g@/a (PS)			

(A rellenar por el Servicio de Día)

Fecha de alta en Servicio de Día ____/____/____
Educador/a referente en Servicio de Día _____



1. ¿En qué creen que el Servicio de Día les puede ayudar a ti/ustedes y a tu/s hijo/s?.

2. ¿Qué aspectos positivos destacarías de tu hijo/a y de tu familia? o ¿En qué se podría decir que es bueno tu/s hijo/a y tu familia?



Otros	28. OTROS OBJETIVOS QUE PUEDAN REDACTAR EL NIÑO/A Y SU FAMILIA.	
-------	---	--

4. Acuerdo de colaboración:

De una parte:

D. /Dña. _____ madre/padre/tutor de

De otra parte:

El niño/a/adolescente (mayor de 12 años) _____

_____:

Acordamos colaborar en la puesta en marcha de este Proyecto Educativo Individual y a acudir entre los meses de mayo a junio y de noviembre a diciembre a valorar la consecución de los objetivos que hemos establecido.

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de 201

Familia del niño/a/adolescente:

a.- Madre	b.- Padre	c.- Niño/a o Adolescente
-----------	-----------	--------------------------

Equipo Municipal Especializado en la Atención a la Infancia y la Familia:

a.-Educador/a Social



3. Objetivos a trabajar:

DIMENSIÓN	OBJETIVOS EN LOS QUE PUEDE APOYAR EL SERVICIO DE DÍA AL/LA MENOR Y SU FAMILIA	Marcar con X
Dimensión de la identidad personal	1. Aprender a identificar y a expresar sus emociones.	
	2. Manejar sus reacciones emocionales de manera adecuada.	
	3. Aprender a resolver conflictos.	
	4. Adquirir autonomía personal.	
	5. Aprender a cuidar su aspecto externo.	
	6. Realizar con éxito actividades que potencien la motivación y logros positivos.	
	7. Adquirir estrategias de tolerancia a la frustración.	
Dimensión social	8. Desarrollar relaciones positivas y de amistad con su grupo de iguales.	
	9. Participar activamente en actividades, adaptadas a su edad, en relación al ocio, tiempo libre, juegos, talleres, etc.	
	10. Lograr un comportamiento apropiado adecuado a su nivel madurativo en los diversos medios sociales: transporte, la calle, escuela, lugares públicos, etc.	
	11. Aprender a usar de forma adecuada los recursos sociales (bibliotecas, museos, etc).	
	12. Tomar conciencia de sus derechos y deberes como miembro de una comunidad social.	
	13. Aprender y practicar habilidades sociales básicas.	
	14. Desarrollar sensibilidad social (respeto a las personas mayores, a las personas con discapacidad, uso adecuado del lenguaje, etc).	
Dimensión académica	15. Realizar tareas académicas. Con apoyo y sin apoyo.	
	16. Desarrollar interés y motivación por el estudio.	
	17. Adquirir estrategias de hábitos de estudio.	
Dimensión de la salud	18. Adquirir y realizar hábitos, pautas de higiene y de aseo personal acordes con su edad.	
	19. Conocer y adquirir hábitos de alimentación adecuados.	
	20. Conocer y aprender hábitos de vida saludable, respecto a la alimentación, sueño, higiene, uso de las nuevas tecnologías, ejercicio físico, etc).	
	21. Participar en actividades formativas sobre el desarrollo de un comportamiento sexual responsable y sobre los posibles riesgos que pueda derivarse.	
	22. Conocer los elementos de riesgos y los factores de protección en materia de drogodependencia.	
Dimensión familiar	23. Conocer otros modelos de funcionamiento familiar.	
	24. Conocer estrategias para favorecer el vínculo afectivo entre los miembros de la unidad familiar.	
	25. Participar en encuentros familiares y actividades del SD donde se trabaja la relación intrafamiliar.	
	26. Mejorar la comunicación de la unidad familiar.	
	27. Adquirir hábitos relacionados con el desarrollo de las tareas del hogar.	



**INSTITUTO INSULAR DE
ATENCIÓN SOCIAL Y
SOCIOSANITARIA**
Unidad Orgánica de
Infancia y Familia



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE
Área de Atención Social y
Servicios Personales



imas
Instituto Municipal
de Atención Social

INFORME DE SEGUIMIENTO Nº _____

SERVICIO DE DÍA: Mundo Feliz (HSF) Conectados (NSPaz)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

Expediente Municipal	Nº D.P.	Nº S.R.	
Apellidos			
Nombre		Nº Móvil:	
Fecha nacimiento		Edad Actual:	
Dirección			
Barrio/ Zona:			
Centro escolar		Cursº	
Referente Familiar		Nº Móvil:	

REFERENCIAS: FECHAS Y PROFESIONALES

Equipo Municipal zona:	
Referente del equipo:	
Fecha elaboración P.E.I.:	
Prioridad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Propuesta Temporalidad P.E.I.:	_____ meses.
Propuesta Periodicidad semanal:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 día/s pºr semana <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes
Fecha de alta en el Servicio de Día:	
Profesional del Servicio de día (IASS):	

OBJETIVOS A TRABAJAR:

VALORACION (*)		
No conseguido: NC	En proceso: EP	Conseguido: C

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VALORACIÓN (*)		
		NC	EP	C
Dimensión de la identidad personal	1. Aprender a identificar y a expresar sus emociones.			
	2. Manejar sus reacciones emocionales de manera adecuada.			
	3. Aprender a resolver conflictos.			
	4. Adquirir autonomía personal.			
	5. Aprender a cuidar su aspecto externo.			
	6. Realizar con éxito actividades que potencien la motivación y logros positivos.			
	7. Adquirir estrategias de tolerancia a la frustración.			
Dimensión social	8. Desarrollar relaciones positivas y de amistad con su grupo de iguales.			
	9. Participar activamente en actividades, adaptadas a su edad, en relación al ocio, tiempo libre, juegos, talleres, etc.			
	10. Lograr un comportamiento apropiado adecuado a su nivel madurativo en los diversos medios sociales: transporte, la calle, escuela, lugares públicos, etc.			
	11. Aprender a usar de forma adecuada los recursos sociales (bibliotecas, museos, etc).			
	12. Tomar conciencia de sus derechos y deberes como miembro de una comunidad social.			
	13. Aprender y practicar habilidades sociales básicas.			
	14. Desarrollar sensibilidad social (respeto a las personas mayores, a las personas con discapacidad, uso adecuado del lenguaje, etc).			
Dimensión académica	15. Realizar tareas académicas. Con apoyo y sin apoyo.			
	16. Desarrollar interés y motivación por el estudio.			
	17. Adquirir estrategias de hábitos de estudio.			
Dimensión de la salud	18. Adquirir y realizar hábitos, pautas de higiene y de aseo personal acordes con su edad.			
	19. Conocer y adquirir hábitos de alimentación adecuados.			
	20. Conocer y aprender hábitos de vida saludable, respecto a la alimentación, sueño, higiene, uso de las nuevas tecnologías, ejercicio físico, etc).			
	21. Participar en actividades formativas sobre el desarrollo de un comportamiento sexual responsable y sobre los posibles riesgos que pueda derivarse.			
	22. Conocer los elementos de riesgos y los factores de protección en materia de drogodependencia.			
Dimensión familiar	23. Conocer otros modelos de funcionamiento familiar.			
	24. Conocer estrategias para favorecer el vínculo afectivo entre los miembros de la unidad familiar.			
	25. Participar en encuentros familiares y actividades del SD donde se			

	trabaja la relación intrafamiliar.			
	26. Mejorar la comunicación de la unidad familiar.			
	27. Adquirir hábitos relacionados con el desarrollo de las tareas del hogar.			
Otros	28. OBJETIVO/S REDACTADOS POR EL NIÑO/A, ADOLESCENTE Y/O SU FAMILIA EN EL MOMENTO DE ELABORACIÓN DEL PEI.			

VALORACIÓN

--

PROPUESTA

--

En Santa Cruz de Tenerife, a de de 201

Firmas:

Familia del niño/a/adolescente:

a.- Madre	b.- Padre	c.- Niño/a o Adolescente

Equipo del Servicio de Día Mundo Feliz/ Conectados

a.- Técnico Especialista	b.- Coordinador/a	c.- Educador/a Social

Equipo Municipal Especializado en la Atención a la Infancia y la Familia:

a.-Educador/a Social



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE

Área de Atención Social
y Servicios Personales



Instituto Municipal
de Atención Social

PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y SOCIO-FAMILIAR (PIF)

Nº de Expediente: (1) _____	<u>Procedimiento</u> : Declaración de menores en situación de riesgo.
EER: (2) _____	<u>Fecha del Informe sobre declaración de riesgo</u> : (3) _____
_____	<u>Fecha de finalización de la intervención</u> : (3) _____

1.- DATOS IDENTIFICATIVOS DE EL/LA/LOS/LAS MENORES DE EDAD:

1.1.- Menor 1:

- Nombre: _____
- Apellidos: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Lugar de nacimiento: _____
- Domicilio: _____
- Localidad: _____
- DNI, en su caso: _____
- Centro Escolar: _____

1.2.- Menor 2:

- Nombre: _____
- Apellidos: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Lugar de nacimiento: _____
- Domicilio: _____
- Localidad: _____
- DNI, en su caso: _____
- Centro Escolar: _____

2.- DATOS IDENTIFICATIVOS DE LOS MIEMBROS QUE COMPONEN LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:

Miembros que componen la unidad de convivencia familiar:

NOMBRE y APELLIDOS	Parentesco (*)	Fecha Ncto.	Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(*) En su caso.

Otros familiares que no conviven con el/los menor/es en la unidad familiar:

NOMBRE y APELLIDOS	Parentesco	Fecha Ncto.	Ocupación
_____	_____	_____	_____

Domicilio: _____.

Tfno. de contacto: _____.

NOMBRE y APELLIDOS	Parentesco	Fecha Ncto.	Ocupación
_____	_____	_____	_____

Domicilio: _____.

Tfno. de contacto: _____.

3. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LAS PERSONAS QUE TIENEN RECONOCIDA LA PATRIA POTESTAD, TUTELA Y/O GUARDA DE EL/LOS MENOR/ES DE EDAD:

- _____
- _____



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE
Área de Atención Social
y Servicios Personales



Instituto Municipal
de Atención Social

4.- OBJETIVOS Y ACTUACIONES ACORDADAS:

	OBJETIVOS	ACTUACIONES	INDICADORES DE EVALUACIÓN
CON LA/S MENORES DE EDAD			
CON LA FAMILIA			
CON EL ENTORNO			

5.- RECURSOS IMPLICADOS:

- _____
- _____
- _____

6.- ESTIMACIÓN TEMPORAL PARA EL DESARROLLO DEL PIF:

7.- OBSERVACIONES DE LA FAMILIA:

8.- FECHA PREVISTA PARA LA REVISIÓN DEL PIF CON LA FAMILIA:

Vistas las consideraciones precedentes, queda aprobado el Plan de Intervención Familiar (PIF) por los abajo firmantes, en Santa Cruz de Tenerife, a (7) _____ de dos mil _____ :

Por el Equipo Especializado de Riesgo:

<i>a.- El/La Educador/a Social,</i> <i>Fdo. (8) _____.</i>	<i>b.- El/La Trabajador/a Social,</i> <i>Fdo.- (8) _____.</i>	<i>c.- El/La Psicólogo/a,</i> <i>Fdo.- (8) _____.</i>
---	--	--

Por la familia de el/los menor/es de edad afectados por la declaración de riesgo:

<i>a.- (9) _____,</i> <i>Fdo.- (10) _____.</i>	<i>b.- (9) _____,</i> <i>Fdo.- (10) _____.</i>
---	---



Excmo. Ayuntamiento
SANTA CRUZ DE TENERIFE

Área de Atención Social
y Servicios Personales



Instituto Municipal
de Atención Social

--	--

Referencias:

- (1).- N° de expediente de Infancia y Familia.
- (2).- Distrito Anaga, Distrito Centro-Ifara, Distrito Salud-La Salle, Distrito Ofra-Costa Sur o Distrito Suroeste.
- (3).- La fecha debe consignarse en número y en letra, por ejemplo: 17 de agosto de 2012.
- (4).- Versión aprobada del documento normalizado.
- (5).- N° del documento en relación que ocupa en el subproceso.
- (6).- Fecha de aprobación del documento normalizado.
- (7).- La fecha debe consignarse exclusivamente en letra.
- (8).- Nombre y apellidos de cada empleado o empleada pública firmante del Informe.
- (9).- Madre, Padre, Tutora/or, Guardadora/or, o cualquier otra persona que ejerza funciones parentales, así como al menor o menores que hubieren cumplido doce años si tuvieren juicio suficiente.
- (10).- Firma de la Madre, Padre, Tutora/or, Guardadora/or, o cualquier otra persona que ejerza funciones parentales, así como al menor o menores que hubieren cumplido doce años si tuvieren juicio suficiente.