



SOL·LICITUD DEL SERVEI DE MENJAR A DOMICILI MUNICIPAL

| DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT: | | | | |
|-----------------------------------|-------|--------------------|---------|--------------|
| NOM I LLINATGES: | ..... |  |  |  |
| DNI/NIE: | ..... | Data de naixement: | ..... |  |
| DOMICILI: | ..... |  |  |  |
| MUNICIPI: | ..... | Localitat: | ..... | Codi Postal: |
| TELÈFON DE CONTACTE: | ..... |  | E-mail: | ..... |

La persona sol·licitant del servei té reconegut un grau de dependència? SI NO EN TRÀMIT

| DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL O CURADOR DE FET (SI ESCAU): | | | | |
|---|-------|--------------------------------------|---------|--------------|
| NOM I LLINATGES: | ..... |  |  |  |
| DNI/NIE: | ..... | RELACIÓ AMB LA PERSONA REPRESENTADA: | ..... |  |
| DOMICILI: | ..... |  |  |  |
| MUNICIPI: | ..... | Localitat: | ..... | Codi Postal: |
| TEL. CONTACTE: | ..... |  | E-mail: | ..... |

INDIQUEU LA TIPOLOGIA I FREQUÈNCIA DEL SERVEI

TIPUS

DINAR SOPAR MENÚ COMPLET (DINAR + SOPAR)

FREQUÈNCIA

| DILLUNS | DIMARTS | DIMECRES | DIJOUS | DIVENDRES | DISSABTE | DIUMENGE | SETMANA COMPLET |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBLIGATORI. MARQUEU UN TIPUS D'OPCIÓ per la tramitació de la sol·licitud:
(En cas que no es marqui cap dels dos tipus de tramitació, s'aplicarà automàticament l'opció A).

A. Tramitació del pagament de la quota establerta a l'ordenança reguladora.
(BOIB 57 d'11 de maig de 2017)

B. Tramitació del pagament amb opció a la bonificació o exempció de la quota del servei establerta a l'ordenança reguladora. (BOIB 57 d'11 de maig de 2017)*

DOCUMENTACIÓ A ADJUNTAR AMB LA SOL·LICITUD:

Document que acrediti la identitat de la persona sol·licitant i/o persona representant legal.

Documentació que acrediti la representació legal. *Si escau.*

Informe de salut (*model adjunt específic*).

Targeta sanitària o document anàleg.

Certificat de titularitat bancària o dades codi compte (*amb el segell o amb signatura electrònica de l'entitat*).

***En cas de triar l'opció B heu d'aportar també un dels següents documents:**

Certificat de la renda de la **UNITAT FAMILIAR** expedit per l'Agència Tributària o declaració de l'IRPF de l'exercici anterior.

Declaració jurada de la situació socioeconòmica de la **UNITAT FAMILIAR** (*model adjunt específic*).



Si en ocasions es preveu que la persona sol·licitant no ha d'estar present al domicili, hi ha l'opció que es pugui deixar a un altre pròxim. Si aquest és el cas:

| DOMICILI ALTERNATIU D'ENTREGA D'ALIMENTS (OPCIONAL) | | | | | |
|---|-------|-------------------|-------|---------------------|-------|
| NOM I LLINATGES: | ..... |  |  |  |  |
| DOMICILI: | ..... |  |  |  |  |
| MUNICIPI: | | Localitat: | | Codi Postal: | |
| TEL. CONTACTE: | ..... | E-mail: | ..... |  |  |

Marratxí, d del 20

Persona sol·licitant

Persona representant legal