

## 2. ERANSKINA

### TELEASISTENTZIA ZERBITZUAREN ESKAERA (10. ART).

#### 1. Eskatzailearen datuak

1. Abizena		2. Abizena				
Izena	Emakumea Gizona	NA		Egoera Zibila		
Helbidea (Kalea)		Blokea	Zk.	Oina	Eskua	Atea
Udalerrria	Posta Kodea	Telefonoa		e-posta		
Jaiotza data		Gizarte Segurantzaren zk.				
Zaintzen duen medikua		Osasun Zentroa				

#### 2. Helbidea jakinarazpenetarako (eskatzailearen helbidearekiko desberdina izanez gero soilik bete behar da)

Helbidea		Blokea	Zk.	Oina	Eskua	Atea
Udalerrria	Posta Kodea	Telefonoa		e-posta		

#### 3. Harremanetarako pertsonak (lehentasun ordenaren arabera)

##### Harremanetarako 1. pertsona /ordezkaria

1. Helbidea		2. Helbidea				
Izena	Eskatzailearekiko harremana	Erabiltzailearen etxeko giltzak ditu BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/>		NA		
Helbidea		Blokea	Zk.	Oina	Eskua	Atea
Udalerrria	Posta Kodea	Probintzia		e-posta		
Etxeko telefonoa	Laneko telefonoa		Telefono mugikorra			

##### Harremanetarako 2. Pertsona

1. Abizena		2. Abizena				
Izena	Eskatzailearekiko harremana	Erabiltzailearen etxeko giltzak ditu BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/>		NA		
Helbidea		Blokea	Zk.	Oina	Eskua	Atea
Udalerrria	Posta Kodea	Probintzia		e-posta		
Etxeko telefonoa	Laneko telefonoa		Telefono mugikorra			

##### Harremanetarako 3. Pertsona

1. Abizena		2. Abizena				
Izena	Eskatzailearekiko harremana	Erabiltzailearen etxeko giltzak ditu BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/>		NA		
Helbidea		Blokea	Zk.	Oina	Eskua	Atea
Udalerrria	Posta Kodea	Probintzia		e-posta		
Etxeko telefonoa	Laneko telefonoa		Telefono mugikorra			

Harremanetarako 4. Pertsona

1. Abizena		2. Abizena				
Izena	Eskatzailearekiko harremana	Eskatzailearen etxeko giltzak ditu BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/>		NA		
Helbidea		Blokea	Zk.	Oina	Eskua	Atea
Udalerrria	Posta Kodea	Probintzia		e-posta		
Etxeko telefonoa		Laneko telefonoa		Telefono mugikorra		

4.- Giltzak Erakunde Publikoetan.

- UDAL ANBULANTZIAK      Telefonoa \_\_\_\_\_
- UDALTZAINGOA      Telefonoa \_\_\_\_\_
- BESTE ERAKUNDE BATZUK      Telefonoa \_\_\_\_\_

Lekua, data eta eskatzailearen edo bere ordezkariaren sinadura.

\_\_\_\_\_

**ANEXO 2**

**SOLICITUD DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA (ART. 10).**

1.- Datos de la persona solicitante

Apellido1		Apellido 2				
Nombre	Mujer hombre	D.N.I.		Estado Civil		
Dirección (Calle)		Bloque	Nº	Piso	Mano	Puerta
Municipio	Código Postal	Teléfono		e-mail		
Fecha Nacimiento		Nº Seguridad Social				
Médico/médica que le atiende		Centro de Salud				

2. Domicilio a efectos de notificación(cumplimentar sólo en el caso de que sea diferente al domicilio de la persona solicitante)

Dirección		Bloque	Nº	Piso	Mano	Puerta
Municipio	Código Postal	Teléfono		e-mail		

3.- Personas de contacto (por orden de prioridad)

1.ª Persona de contacto/representante

Apellido1		Apellido 2				
Nombre	Vínculo con solicitante	Posee llaves del domicilio de la persona usuaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		D.N.I		
Dirección		Bloque	Nº	Piso	Mano	Puerta
Municipio	Código Postal	Provincia		e-mail		
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono móvil		

2.ª Persona de contacto

Apellido1		Apellido 2				
Nombre	Vínculo con solicitante	Posee llaves del domicilio de la persona usuaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		D.N.I		
Dirección		Bloque	Nº	Piso	Mano	Puerta
Municipio	Código Postal	Provincia		e-mail		
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono móvil		

3.ª Persona de contacto

Apellido1		Apellido 2				
Nombre	Vínculo con solicitante	Posee llaves del domicilio de la persona usuaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		D.N.I		
Dirección		Bloque	Nº	Piso	Mano	Puerta
Municipio	Código Postal	Provincia		e-mail		
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono móvil		

4.ª Persona de contacto

Apellido1		Apellido 2				
Nombre	Vínculo con solicitante	Posee llaves del domicilio de la persona usuaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		D.N.I		
Dirección		Bloque	Nº	Piso	Mano	Puerta
Municipio	Código Postal	Provincia		e-mail		
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono móvil		

4.- Llaves en Instituciones Públicas.

- AMBULANCIAS MUNICIPALES    Teléfono \_\_\_\_\_
- POLICIA MUNICIPAL                      Teléfono \_\_\_\_\_
- OTRAS INSTITUCIONES                      Teléfono \_\_\_\_\_

Lugar, fecha y firma de la persona solicitante o de la persona representante.