COMPROMISO DE ACEPTACION DAS CONDICIONS DO SERVIZO

**DE AXUDA NO FOGAR**

**1.- DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| NIF. | APELIDOS E NOME |
| ENDEREZO | NUMERO | PISO | LOCALIDADE |
| MUNICIPIO | C.P. | TLF. | SEXO: H M |
| DATA DE NACEMENTO | LUGAR | NACIONALIDADE | E.C. |

**2.- DATOS DA OU DO REPRESENTANTE LEGAL**

|  |  |
| --- | --- |
| NIF. | APELIDOS E NOME |
| ENDEREZO | NUMERO | PISO | LOCALIDADE |
| MUNICIPIO | C.P. | TLF. | SEXO: H M |
| RELACION COA PERSOA SOLICITANTE/TITULO DE REPRESENTACIÓN |

**3- COMPROMISO DE ACEPTACIÓN DAS CONSICIÓNS DO SERVIZO:**

Quedando enterada/o das condicions da prestación, así como, dos meus dereitos e obligacións, según o disposto na Normativa que regula este servizo **AUTORIZO O ACCESO A MIÑA VIVENDA** do persoal profesional asignado para levar a cabo o servizo de axuda no fogar concedido e DECLARO A MIÑA

 ACEPTACIÓN  RENUNCIA Ó MESMO

Formulado e asinado por Don/dona ………………………………………………………con D.N.I. nº: ……….……………domiciliado/a en………………………….. e nº de teléfono: ……………… a única relación de parentesco coa persoa solicitante ou persoa beneficiaria é:.....................…./ que non teño relación de parentesco pero é veciña/o, amiga/o, compañeira/o.

* Que me comprometo a atender a D./Dna. ……………………………………………………… Persoa solicitante ou beneficiaria do servizo de axuda no fogar, a buscar axuda para as outras actividades que sendo necesarias para a persoa beneficiaria non poden ser cubertas polo servizo de axuda no fogar polas súas limitacións horarias, das tarefas, ou por a situación de agravamento na saúde da persoa beneficiaria
* Que me comprometo a axudala/o no que necesite os fins de semana ou fora das horas do servizo de axuda no fogar.

A PERSOA BENEFICIARIA REPRESENTANTE LEGAL

ASDO/ ASDO/