****

**SOPORTE Nº 7**

# COMUNICACIÓN DE INICIO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VÍA DE ACCESO:** | DEPENDENCIA |  | PRESTACIONES BÁSICAS |  |

**DATOS DEL EXPEDIENTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos y Nombre |  | DNI |  |
| Nº Horas mensuales |  | Atención doméstica |  | Atención personal |  |

**INICIO DEL SERVICIO**: (Señalar lo que proceda)

|  |  |
| --- | --- |
| **ALTA INICIAL** |  |
| **REVISIÓN Nº HORAS** |  |
| **INCORPORACIÓN TRAS SUSPENSIÓN TEMPORAL** |  |
| **REACTIVACIÓN** |  |

FECHA EFECTIVA:

 En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

 El/La Trabajador/a Social