



Comunicació de modificació del servei (a emplenar pel professional)

Tècnic de referència

Cognoms, Nom

Sol·licito

Que s'incorpori la informació a l'expedient i que sigui revisat si escau

Dades de la persona beneficiària

Nom

Primer cognom

Segon cognom

NIF/NIE/CIF

Número targeta sanitària

Servei a modificar (marcar només un servei per sol·licitud)

Ajut a la llar Ajut a la llar de baixa intensitat Àpats a domicili Transport adaptat Teleassistència

Comunicació de canvis

Subjecte a ordenança fiscal

Explicació molt breu dels canvis

Administratius

Explicació molt breu dels canvis

Socials

Explicació molt breu dels canvis

Salut

Explicació molt breu dels canvis



Ajuntament d'Amposta
Serveis Socials

Defunció

Data de la defunció (dd/mm/aaaa)

/ /

Baixa

Explicació molt breu del motiu de la baixa

Increment d'hores de servei

Explicació molt breu dels canvis

Disminució d'hores de servei

Explicació molt breu dels canvis

Altres

Explicació molt breu dels canvis

Data comunicació (dd/mm/aaaa)

/ /

Data efectivitat modificació (dd/mm/aaaa)

/ /

Signatura del treballador/a social

Autorització usuari/a o representant legal