****

**SOPORTE Nº 8**

# COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS 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 | | |  |

**BAJA DEFINITIVA:** (Señalar lo que proceda)

|  |  |
| --- | --- |
| FALLECIMIENTO |  |
| RENUNCIA / DESISTIMIENTO |  |
| TRASLADO DEFINITIVO |  |
| NUEVA RESOLUCIÓN PIA |  |

FECHA BAJA:

**SUSPENSIÓN TEMPORAL:** (Señalar lo que proceda)

|  |  |
| --- | --- |
| CAMBIO DE DOMICILIO TEMPORAL |  |
| VACACIONES |  |
| INGRESO EN RESIDENCIA TEMPORAL |  |
| INGRESO HOSPITALARIO |  |
| INGRESO EN RESPIRO FAMILIAR |  |
| RETIRADA DESDE SS.SS.CC. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERÍODO DE SUSPENSIÓN** | DESDE |  | HASTA |  |

MODIFICACIÓN DE HORAS: (Señalar lo que proceda)

|  |  |
| --- | --- |
| **MODIFICACION HORAS** | **Nº HORAS SOLICITADAS** |
| AMPLIACION |  |
| REDUCCION |  |

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

El/La Trabajador/a Social