

**DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO**

**DATOS DEL BENEFICIARIO:**

Nombre y apellidos:

Domicilio:

Nº de miembros de la unidad de Convivencia:

**ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO:**

Entidad prestadora:

Nombre del Auxiliar de Hogar:

Periodo:

Nº Horas del SAD:

Frecuencia:

Horario:

Tareas a desarrollar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coste del Servicio: \_\_\_\_\_

Porcentaje de subvención y cuantía: \_\_\_\_\_

Aportación del usuario: \_\_\_\_\_

Forma de pago por domiciliación:

Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

D.C. \_\_\_\_\_ Nº Cuenta \_\_\_\_\_

**COMPROMISOS QUE ADQUIERE EL BENEFICIARIO O FAMILIARES DEL BENEFICIARIO:**

Como beneficiario/a del S.A.D. manifiesto mi acuerdo y compromiso con las condiciones recogidas en el presente documento, así como a comunicar cualquier variación de las circunstancias que pudieran afectar a las condiciones de la prestación del servicio.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_

Fdo. El Beneficiario

Fdo. La Trabajadora Social