

## SOLICITUD DE AYUDA EXTRAORDINARIA

(Lea las instrucciones antes de cumplimentar este impreso)

### I. AYUDA QUE SOLICITA

#### 1. Por MINUSVALÍA

ADAPTACION VIVIENDA

EN CONCEPTO DE LA PROPIA MINUSVALIA

#### 2. Por 3ª EDAD

ODONTOLÓGICOS

GAFAS

AUDIFONOS

VARIOS

ADAPTACION VIVIENDA

#### 3. OTROS (indicar motivo) .....

### II. DATOS DEL SOLICITANTE.

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre	
D.N.I.	Estado civil	Fecha de nacimiento			Sexo	
		Día	Mes	Año	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle, plaza...)			Nº	Bloque	Esc.	Piso
						Letra
Localidad			Provincia			Código Postal

### III. DATOS DEL BENEFICIARIO.

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre	
D.N.I.	Estado civil	Fecha de nacimiento			Sexo	
		Día	Mes	Año	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle, plaza...)			Nº	Bloque	Esc.	Piso
						Letra
Localidad			Provincia			Código Postal
Tipo Minusvalía		Grado de Minusvalía		Número de Expediente de Reconocimiento		

Fecha: .....

Firma del interesado