

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
						Teléfono
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
						Teléfono
Localidad			Provincia			Código Postal
Tipo Minusvalía		Grado de Minusvalía		Número de Expediente de Reconocimiento		

Fecha:

Firma del interesado