

## SOLICITUD DE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO AFAEX

### I. DATOS DEL FAMILIAR

D/D <sup>a</sup>	_____
DOMICILIO	_____ N <sup>o</sup> _____ C.P. _____
TELÉFONO	_____
OTRAS AYUDAS QUE RECIBE	_____
	_____
	_____

### II. DATOS DEL ENFERMO

APELLIDOS	_____	NOMBRE	_____
DOMICILIO	_____	N <sup>o</sup>	_____ C.P. _____
TELÉFONO DE CONTACTO DE UN FAMILIAR	_____		
<b><u>FASE EN LA QUE SE ENCUENTRA</u></b>	_____		
	_____		
	_____		

### III. TURNO QUE SOLICITA<sup>1</sup> (Señale con una X y preferencia de horario y días).

MAÑANAS  \_\_\_\_\_

TARDES  \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La información aquí reflejada tiene carácter orientativo para AFAEX. Su finalidad es agilizar la organización del servicio **teniendo lo más en cuenta posible sus necesidades. DURANTE EL PERIODO ESTIVAL (meses de agosto y septiembre) el horario de atención será SÓLO DE MAÑANA.**