

(Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia)

Espacio para código de barras

D./Dña _____, con DNI _____, en calidad de

- Persona en situación de dependencia
 Representante legal de D./Dña

Informado de que la propuesta de Programa Individual de Atención, en la que, por aplicación de la normativa legal, se determina como **RECURSO IDÓNEO EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)**, habiéndose fijado su participación en el coste del servicio de €/mes, y un número de horas distribuido de la siguiente manera:

Horas Atención personal al mes _____
Horas Atención doméstica al mes _____

y siendo competente el IASS en la aprobación de la Resolución de PIA,

Manifiesto mi consentimiento y conformidad respecto a la aprobación del Programa Individual de Atención.

La participación del usuario en el coste del servicio se hará efectiva a mes vencido, dentro de los diez primeros días del mes siguiente. Para hacer efectiva esta participación, se realizará cargo en la cuenta del titular D. dni y nombre _____ identificada con el IBAN

Manifiesto mi no consentimiento y conformidad respecto a la aprobación de Programa Individual de Atención.

Motivos No aceptación SAD:

Este impreso deberá ser firmado y devuelto a la Dirección Provincial del IASS en el plazo de 10 días hábiles, entendiéndose que en caso de su no remisión el interesado **desiste** del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Y para que así conste, suscribe el presente documento en _____, a _____ de _____ de _____.

DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES DE