

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

Professional referent del PIA

C. IDENTIFICACIÓ I COMPROMÍS DE L'EMPRESA EN CAS DE PRESTACIÓ ECONÒMICA VINCULADA A UN SERVEI – PLACES PRIVADES

Nom del centre/servei/empresa:		Càrrec:	
Nom del/de la representant legal / responsable:			
CIF:	Núm. de registre: S	Codi del centre: F	
	Àmbit: <input type="checkbox"/> Gent gran <input type="checkbox"/> Persona amb discapacitat <input type="checkbox"/> Salut mental <input type="checkbox"/> Altres		
Adreça:			
Població:		CP:	
Telèfon:		Adreça electrònica:	

SERVEI QUE PRESTA	Data d'acreditació del centre (PEV)	Data d'inici del servei	Data fi del servei	Import econòmic mensual del servei
<input type="checkbox"/> Residència estada permanent <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre concertat <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre col·laborador <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre privat acreditat (PEV)			
<input type="checkbox"/> Centre de dia : dies/mes: , Jornada: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre concertat <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre col·laborador <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre privat acreditat (PEV)			
<input type="checkbox"/> Servei d'Ajuda a Domicili : Hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció personal : hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció a la llar: hores/mes			

Data	Signatura i segell
------	--------------------