



ANEXO III

PARTICIPACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

(DEBE UNIRSE AL INFORME SOCIAL)

PRESTACIONES QUE SOLICITA EL BENEFICIARIO

1. OPCIÓN FAMILIAR PREFERENTE

<input type="checkbox"/> ATENCIÓN RESIDENCIAL (ESTE RECURSO SE GARANTIZA EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA. NO OBSTANTE, INDIQUE AL MENOS, DOS MUNICIPIOS DE SU PREFERENCIA)	
1. MUNICIPIO DEL CENTRO	3. MUNICIPIO DEL CENTRO
2. MUNICIPIO DEL CENTRO	4. TODOS LOS CENTROS DE LA REGIÓN <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR	
FECHA DE INICIACIÓN	TIPO DE DEDICACIÓN <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> PARCIAL

<input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA <input type="checkbox"/> CENTRO DE NOCHE	
1. NOMBRE DEL CENTRO	LOCALIDAD
2. NOMBRE DEL CENTRO	LOCALIDAD

<input type="checkbox"/> SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	
FECHA INICIACIÓN	HORAS MENSUALES SOLICITADAS

<input type="checkbox"/> TELEASISTENCIA

<input type="checkbox"/> PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL	
FECHA INICIACIÓN	HORAS MENSUALES CONTRATADAS/ A CONTRATAR

<input type="checkbox"/> PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO	
FECHA INICIACIÓN	SERVICIO CONTRATADO

2. OPCIÓN FAMILIAR ALTERNATIVA

1.
2.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma del beneficiario/representante legal

Fdo.: