

GOBIERNO
DE ESPAÑAMINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALESSistema para la fiutonomía
y ftención a la Dependencia**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA**Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas
en situación de dependencia (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)**INFORME SOCIAL**

Informe emitido por Trabajador/a Social _____

Identificación Centro o Servicio _____

Persona/s entrevistada/s: Nombre y apellidos _____

Fecha y lugar de la entrevista _____

DATOS IDENTIFICATIVOS		
NOMBRE	APELLIDOS	EDAD
DNI/NIE	DOMICILIO	
LOCALIDAD _____	PROVINCIA _____	CP _____
TELEFONO _____	CORREO ELECTRONICO _____	
COBERTURA SANITARIA		
SEG. SOCIAL <input type="checkbox"/>	OTRO SISTEMA DE ATENCION SANITARIA _____	
TARJETA SANITARIA Nº _____	CENTRO DE SALUD _____	
DOMICILIO HABITUAL		
VIVE EN CENTRO RESIDENCIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL CENTRO _____	DIRECCION _____	
LOCALIDAD _____	PROVINCIA _____	CP _____
TELEFONO _____	CORREO ELECTRONICO _____	
CAPACIDAD LEGAL:		
INCAPACITADO LEGALMENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESUNTO INCAPAZ CON GUARDADOR DE HECHO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MENOR DE EDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si la respuesta ha sido SI en cualquiera de los tres apartados:		
REPRESENTANTE, NOMBRE Y APELLIDOS/RAZON SOCIAL _____		
DNI/NIE/NIF _____	TELEFONO _____	EMAIL _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	PROVINCIA _____
NIVEL DE OCUPACION		
TRABAJA: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PROFESION: _____
LUGAR DE TRABAJO _____	HORARIO: _____	
ACUDE A GUARDERIA O CENTRO ESCOLAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NECESITA APOYO PARA DESPLAZARSE AL MISMO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

OTRAS INFORMACIONES DE INTERES

ANTECEDENTES

1. HISTORIA SOCIAL SI CENTRO DE SS. SOCIALES _____
NO

INFORMES SOCIALES ANTERIORES SI PROCEDENCIA¹ _____
ORGANIZACIÓN _____
PROFESIONAL _____
NO

2. VALORACION DE DISCAPACIDAD SI PROVINCIA _____ AÑO _____
GRADO _____ % VALIDEZ _____

RECONOCIDA NECESIDAD DE 3ª PERSONA SI NO

RECONOCIDO SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y GASTOS DE TRANSPORTE SI NO

3. PRESTACIONES SOCIALES QUE RECIBE:

CENTRO RESIDENCIAL

TIPO DE PLAZA ²	TITULARIDAD ³	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO

APOYO EN CENTRO ESPECIALIZADO

TIPO DE CENTRO Y PLAZA	TITULARIDAD	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO

APOYO EN DOMICILIO

PRESTACION	INTENSIDAD	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO

¹ Entidad Publica o Privada

² Asistida, psicogeriatrica, discapacidad física, intelectual, enfermedad mental

³ Privada, Publica o concertada

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

PRESTACION	TITULARIDAD	INTENSIDAD	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO

1. CONVIVENCIA

EL SOLICITANTE VIVE EN SU DOMICILIO SI NO ⁴

LA PERSONA ROTA POR VARIOS DOMICILIOS SI NO

NOMBRE	EDAD	RELACION	CUIDADOS QUE PRESTA	INTENSIDAD

2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS APOYOS:

- RECIBE APOYO FAMILIAR DIARIO SI NO
- RECIBE APOYO VECINAL DIARIO SI NO
- RECIBE APOYO ESPORADICO SI NO

3 OTROS APOYOS SOCIALES Y SANITARIOS.

TIPO DE APOYO	TITULARIDAD	FRECUENCIA

4. IDENTIFICACION DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	RELACION	CUIDADOS QUE PRESTA	INTENSIDAD

⁴ Relacionar sólo aquellas personas que conviven con el solicitante en el mismo domicilio.

4.1 EL CUIDADOR PRINCIPAL TRABAJA FUERA DEL HOGAR: SI NO

4.2. OTRAS OCUPACIONES

CUIDADOS DE OTRAS PERSONAS SI NO

OTRAS RESPONSABILIDADES : _____

5. FRAGILIDAD DEL APOYO FAMILIAR:

- CUIDADOR PREDEPENDIENTE SI NO
- DEPENDENCIA ACUSADA SI NO
- DIFICULTAD DE LA COMPRESION DEL PROCESO DE ENFERMAD / DEPENDENCIA SI NO
- ESCASEZ DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS SI NO
- ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD CON NECESIDAD DE APOYOS EN LA FIGURA DEL CUIDADOR SI NO
- SIGNOS DE AGOTAMIENTO FISICO O EMOCIONAL SI NO
- DIFICULTADES DE CONEXIÓN SOCIAL / AISLAMIENTO SI NO
- AUSENCIA DE COMPROMISO ESTABLE SI NO

6. CONSISTENCIA DEL APOYO FAMILIAR:

- CUIDADOR CON BUEN ESTADO DE SALUD SI NO
- DISPONIBILIDAD DE TIEMPO EXPRESADO EN HORAS _____
- CONOCIMIENTOS PARA LA PRESTACION DE CUIDADOS SI NO
- DISPONIBILIDAD DE APOYOS FORMALES O INFORMALES SI NO
- PERIODOS DE DESCANSO SI NO

RELACIONADOS CON APOYOS

- TELEASISTENCIA _____ SAD _____ €
- PERSONAL DE APOYO CONTRATADO _____ €
- ASISTENTE PERSONAL _____ €
- CENTRO DE DIA _____ € CENTRO DE NOCHE _____ €

DATOS DE LA VIVIENDA

TIPODE VIVIENDA:

- UNIFAMILIAR DE PLANTA BAJA UNIFAMILIAR CON MAS DE UNA PLANTA
- PISO CON ASCENSOR PISO SIN ASCENSOR

DESCRIPCION Y DISTRIBUCION:

UTILIZA AYUDAS TECNICAS SI NO

LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA PERMITE EL USO DE AYUDAS TECNICAS SI NO

BARRERAS ARQUITECTONICAS EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA SI⁵ NO

DESCRIPCION:

BARRERAS ARQUITECTONICAS EN LOS ACCESOS A LA VIVIENDA SI⁵ NO

DESCRIPCION:

UTILIZA AYUDAS TECNICAS SI NO

LAS CONDICIONES DE LOS ACCESOS PERMITEN EL USO DE AYUDAS TECNICAS SI NO

OTROS DATOS DE INTERES CON RELACION A LA VIVIENDA⁶

⁵ Describir y situar las barreras existentes

⁶ Condiciones de habitabilidad y cualquier otro dato de interés.

CENTRO RESIDENCIAL⁷

1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA SITUACION

PERMANECE CONFINADO EN CAMA SI NO

UTILIZAS LAS INSTACIONES DEL CENTRO SI NO

PARTICIPA EN ACTIVIDADES EN EL CENTRO SI NO

2. PROGRAS DISPONIBLES EN EL CENTRO COMO APOYO AL MANTENIMIENTO DE CAPACIDAD Y AUTONIA SI NO

- RELACIONAR EN LOS QUE ESTA INCLUIDO Y DESCRIPCION:

3. PLANIFICACION INDIVIDUAL SI NO

AREA	ACTIVIDAD	FRECUENCIA

4. BARRERAS ARQUITECTONICAS EN EL INTERIOR SI⁵ NO

DESCRIPCION:

5.-BARRERAS ARQUITECTONICAS EN LOS ACCESOS AL CENTRO RESIDENCIAL SI⁵ NO

DESCRIPCION :

EL RESIDENTE UTILIZA AYUDAS TECNICAS SI NO

LAS CONDICIONES DEL CENTRO RESIDENCIAL PERMITE EL USO DE AYUDAS TECNICAS

SI NO

⁷ Cumplimentar solo en el caso de personas que estén en Centro Residencial.

APOYOS FORMALES QUE RECIBE EN SU ENTORNO : SI NO

SI NO RECIBE APOYOS FORMALES, MOTIVO: _____

TELEASISTENCIA SAD COMIDA SOBRE RUEDAS CENTRO DE DIA

CENTRO DE NOCHE CENTRO RESIDENCIAL

OTROS APOYOS (especificar) _____

VALORACION DE LOS APOYOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE:

SUFICIENTES (CORRESPONDE CON LA SITUACION DE DEPENDENCIA)

INSUFICIENTES (NO SATISFACEN LAS NECESIDADES EN RELACION CON SU DEPENDENCIA)

VALORACION DE LOS APOYOS DE LOS FAMILIARES:

SUFICIENTES (CORRESPONDE CON LA SITUACION DE DEPENDENCIA)

INSUFICIENTES (NO SATISFACEN LAS NECESIDADES EN RELACION CON SU DEPENDENCIA)

OTROS DATOS DE INTERES⁸

VALORACION TECNICA Y PROPUESTA DE INTERVENCION

FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL

⁸ Cualquier dato relevante y que no se ajuste a ninguno de los apartados del informe.