



## 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  PROCEDENCIA<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
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 <sup>2</sup>	TITULARIDAD <sup>3</sup>	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

<sup>1</sup> Entidad Publica o Privada

<sup>2</sup> Asistida, psicogeriatrica, discapacidad física, intelectual, enfermedad mental .....

<sup>3</sup> Privada, Publica o concertada

**OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS**

PRESTACION	TITULARIDAD	INTENSIDAD	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO

**1. CONVIVENCIA**EL SOLICITANTE VIVE EN SU DOMICILIO SI  NO <sup>4</sup>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

<sup>4</sup> 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 / DEPE NCIA 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  SI<sup>5</sup>  NO

DESCRIPCION:

BARRERAS ARQUITECTONICAS EN LOS ACCESOS A LA VIVIENDA  SI<sup>5</sup>  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 VIVIENDA<sup>6</sup>**

---

<sup>5</sup> Describir y situar las barreras existentes

<sup>6</sup> Condiciones de habitabilidad y cualquier otro dato de interés.

## CENTRO RESIDENCIAL<sup>7</sup>

### 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 SI<sup>5</sup> NO

DESCRIPCION:

### 5.-BARRERAS ARQUITECTONICAS EN LOS ACCESOS AL CENTRO RESIDENCIAL SI<sup>5</sup> NO

DESCRIPCION :

EL RESIDENTE UTILIZA AYUDAS TECNICAS  SI  NO

LAS CONDICIONES DEL CENTRO RESIDENCIAL PERMITE EL USO DE AYUDAS TECNICAS

SI  NO

<sup>7</sup> 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 INTERES<sup>8</sup>**

**VALORACION TECNICA Y PROPUESTA DE INTERVENCION**

FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL

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