



| | | |
|---|---|------------------------------------|
| PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA | CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A | DOCUMENTO INFORME SOCIAL |
|---|---|------------------------------------|

**INFORME SOCIAL UNIFICADO
(maiores, discapacidade e dependencia)**

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL QUE EMITE O INFORME

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | Nº DE COLEXIADO/A |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | ENDEREZO ELECTRÓNICO | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| ENTIDADE/ORGANISMO | | | |
| <input type="text"/> | | | |

MOTIVO DO INFORME

VALORACIÓN E ACCESO A SERVIZOS/PRESTACIÓNS POR DEPENDENCIA

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

ACCESO A SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

ACCESO A SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS

COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL (especificar)

REQUIRIMENTO INSTITUCIONAL (especificar)

URXENCIA SOCIAL/EMERXENCIA

COMUNICACIÓN DE PRESUNTA INCAPACIDADE

OUTROS (especificar)

OUTROS TRÁMITES INICIADOS

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA PERSOA INTERESADA

| | | | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF/NIE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | ENDEREZO ELECTRÓNICO | DATA DE NACEMENTO | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| SEXO | ESTADO CIVIL | HISTORIA SOCIAL | | | |
| <input type="radio"/> HOME <input type="radio"/> MULLER | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SIUSS <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> IANUS <input type="checkbox"/> OUTROS | <input type="text"/> | | |

I.1. SITUACION LEGAL

| | | | | | |
|---|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| INCAPACITACIÓN LEGAL | GARDADOR/A DE FEITO | TIPO DE REPRESENTACIÓN | | | |
| <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="radio"/> GARDADOR/A DE FEITO | | | |
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF/NIE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | ENDEREZO ELECTRÓNICO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| PARENTESCO | OUTRO TIPO DE RELACIÓN | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |

I.2. OUTROS DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| | | | |
|---|--|--|--|
| CON DISCAPACIDADE | ATP | MOBILIDADE REDUCIDA | RECOÑECEMENTO DE DEPENDENCIA |
| <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI PORCENTAXE: <input type="text"/> | <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SI GRAO: <input type="text"/> |
| COBERTURA SANITARIA | ENTIDADE: | <input type="text"/> | |
| <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI | | | |

I.3. FORMACION E SITUACION LABORAL

| |
|--|
| PERSOA INTERESADA EN IDADE LABORAL |
| <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI |
| OCUPACIÓN |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| FORMACIÓN ACADÉMICA |
| <input type="text"/> |
| FORMACIÓN OCUPACIONAL |
| <input type="text"/> |
| PROFESIÓN |
| <input type="text"/> |
| EXPERIENCIA LABORAL |
| <input type="text"/> |
| OUTROS DATOS DE INTERESE |
| <input type="text"/> |

II. SITUACION DE EMERXENCIA SOCIAL

¿É UNHA SITUACIÓN DE EMERXENCIA SOCIAL?

NON SI

ESPECIFICAR EMERXENCIA SOCIAL

COMUNICACIÓN A FISCALÍA/XULGADO

NON SI

OUTRA INFORMACIÓN XUSTIFICATIVA DA NECESIDADE E URXENCIA

PROPOSTA

III. NECESIDADES E INTERESES

NECESIDADE DE APOIOS EN ABVD

NON SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DE AXUDAS TÉCNICAS

NON SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DE ADAPTACIÓN DO FOGAR

NON SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DOUTROS APOIOS PARA A CALIDADE DE VIDA

NON SI (ESPECIFICAR)

PREFERENCIAS DA PERSOA

CONTINUAR NO SEU DOMICILIO ACTUAL CO/OS SERVIZOS/PRESTACIÓNS DE:

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

PREFERENCIAS DA PERSOA (continuación)

CAMBIO DE UNIDADE DE CONVIVENCIA (OUTRO DOMICILIO FAMILIAR):

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

CO/OS SERVIZOS/ PRESTACIÓNS DE

SERVIZOS

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

PERMANECER NO CENTRO RESIDENCIAL

CAMBIAR O CENTRO RESIDENCIAL (ESPECIFICAR O TIPO DE RECURSO)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

VALORACIÓN PROFESIONAL

VALORACIÓN PROFESIONAL: A PARTIR DE NECESIDADES, CAPACIDADES E EXPECTATIVAS DA PERSOA (SE É O CASO, INCLUÍNDO OUTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

IV. SITUACION DE CONVIVENCIA

EN CENTRO/UNIDAD RESIDENCIAL EN PENSIÓN OU SIMILAR EN DOMICILIO PARTICULAR VIVE SÓ/A ROTA

TIPOLOXÍA

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

OUTROS DATOS DE INTERESE

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

IV.1 UNIDADE DE CONVIVENCIA

DOMICILIO/S PARTICULAR/ES

NON SI

PERSOA 1

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 2

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 3

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 4

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

IV.1 UNIDADE DE CONVIVENCIA (continuación)

PERSOA 5

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 6

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

IV.2 RELACIÓNS DE CONVIVENCIA

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES QUE CONDICIONAN A CONVIVENCIA

NON SI (ESPECIFICAR)

RELACIÓNS FAMILIARES (se excluen malos tratos ou abandonos, xa incluídos no punto II) (ver escala de funcionamento familiar)

VÍNCULOS AFECTIVOS

POSITIVOS NEGATIVOS CONTRADICTORIOS ILLAMENTO AFECTIVO

IMPLICACIÓN E RESPONSABILIDADES

INAPRECIABLES COMPARTIDAS FOCALIZADAS NUN MEMBRO

RELACIÓNS

NORMALIZADAS/BOAS/ACEPTABLES ESCASAS/INSUFICIENTES CONFLITIVAS/MALAS

IV.3 FAMILIARES COS QUE NON CONVIVE (e son significativos para a persoa)

NON SI

PERSOA 1

| | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| PARENTESCO | OUTRO TIPO DE RELACIÓN | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | ENDEREZO ELECTRÓNICO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...) | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |

PERSOA 2

| | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| PARENTESCO | OUTRO TIPO DE RELACIÓN | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | ENDEREZO ELECTRÓNICO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...) | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |

PERSOA 3

| | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| PARENTESCO | OUTRO TIPO DE RELACIÓN | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| TIPO DE VÍA | NOME DA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | ANDAR | PORTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CP | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | ENDEREZO ELECTRÓNICO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...) | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |

IV.4 OUTRAS PERSOAS SIGNIFICATIVAS (rede de apoio social)

NON SI

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS

V. PRESTACIÓN DE APOIOS FAMILIARES/NON PROFESIONAIS

NON SI

FAMILIARES COS QUE CONVIVE

DIARIOS SEMANAIS ESPORÁDICOS NON RECIBE

FAMILIARES COS QUE NON CONVIVE

DIARIOS SEMANAIS ESPORÁDICOS NON RECIBE

APOIOS VECIÑAIS

DIARIOS SEMANAIS ESPORÁDICOS NON RECIBE

CARACTERIZACIÓN XERAL DE APOIOS

INEXISTENTES INSUFICIENTES AXEITADOS

DESEMPEÑO DO ROL DE COIDADOR/A FAMILIAR

Nº DE COIDADORES/AS

NON SI

V.1. COIDADOR/A PRINCIPAL (persoa que presta todos ou gran parte dos apoios)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO ADICADO

APOIOS QUE PRESTA

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

OBSERVACIÓNS

V.2. OUTROS COIDADORES/AS (persoa/s que comparten os cuidados ou proporcionan apoios parciais)

PERSOA 1

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO DEDICADO

APOIOS QUE PRESTA

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

OBSERVACIÓNS

PERSOA 2

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO DEDICADO

APOIOS QUE PRESTA

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

OBSERVACIÓNS

V.2. OUTROS COIDADORES/AS (continuación)

PERSOA 3

| | | | |
|----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | DATA DE NACEMENTO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PARENTESCO | OUTRO TIPO DE RELACIÓN | TEMPO DEDICADO | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| APOIOS QUE PRESTA | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| OBSERVACIÓNS | | | |
| <input type="text"/> | | | |

V.3. PERFIL DE COIDADOS FAMILIARES (incluir todo o sistema de apoios familiares)

- FAMILIAR MEMBRO DA UNIDADE DE CONVIVENCIA FAMILIAR QUE NON CONVIVE
 COIDADOR NON FAMILIAR SEN REMUNERACIÓN COIDADOR NON FAMILIAR REMUNERADO

Valoración de características (ver anexo X)

FRAXILIDADE

- ALTA MEDIA BAIXA

CONSISTENCIA

- ALTA MEDIA BAIXA

RISCO DE CLAUDICACIÓN

- ALTA MEDIA BAIXA

VALORACIÓN DOS COIDADOS FAMILIARES

- AXEITADOS AXEITADOS, PERO INSUFICIENTES INADECUADOS

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE, SÍNTESE DE CAPACIDADES E LIMITACIÓNS FAMILIARES NA PRESTACIÓN DE APOIOS, SOBRECARGA FAMILIAR, CARENCIAS E POSIBILIDADES DE COMPENSACIÓN

VI. VIVENDA

TIPO DE VIVENDA

RÉXIMEN DE POSESIÓN

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|---------------------------|
| PERSOAS | HABITACIÓNS | CUSTO ANUAL | SUPERFICIE (m ²) | M ² POR PERSOA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

EQUIPAMENTOS

- AUGA CORRENTE W.C. DUCHA ELECTRICIDADE GAS
 AUGA QUENTE TELÉFONO FRIGORÍFICO CALEFACCIÓN (TOTAL) LAVADORA AUTOMÁTICA

HABITABILIDADE

- BARREIRAS ARQUIT. ACCESO BARREIRAS ARQUIT. VIVENDA FALTA ILUMINACIÓN NATURAL FALTA VENTILACIÓN
 DETERIORADA (goteiras, humidade, ...) AMEAZA RUINA ACEPTABLE

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (alarma de intrusos, detección de incendios, gas, auga, ...)

- NON SI (Especificar os elementos de protección existentes e outros apoios técnicos)

VI. VIVENDA (continuación)

ENTORNO DA VIVENDA

URBANO SEMIURBANO URBANO, ZONA MARXINAL RURAL RURAL AISLADO

ACCESIBILIDADE A SERVIZOS E RECURSOS

BOA REGULAR MALA

TRANSPORTE PÚBLICO

CADA HORA 4-8 VECES O DÍA 1-2 VEZ O DÍA A DEMANDA NON HAI NON É ACCESIBLE

TRANSPORTE ADAPTADO

NON SI

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA SOBRE A VIVENDA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE E VALORACIÓN DE IDONEIDADE TENDO EN CONTA AS CARACTERÍSTICAS, AS PERCEPCIÓNS DA PERSOA E A FAMILIA E O ACCESO A RECURSOS E SERVIZOS. NECESIDADE DE REALIZAR ADAPTACIÓNS NO FOGAR.

VII. SERVIZOS/PRESTACIÓNS SOCIAIS QUE UTILIZA A PERSOA

0. A PERSOA NON RECIBE NINGÚN SERVIZO OU PRESTACIÓN DE SERVIZOS SOCIAIS.

1. A PERSOA UTILIZA SERVIZOS SOCIAIS DE PROXIMIDADE. NON SI

1.1. TELEASISTENCIA

| TIPO | ACCESO | ENTIDADE/ORGANISMO |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

1.2. AXUDA NO FOGAR

| TIPO | INTENSIDADE | ACCESO | DATA DE INICIO |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ENTIDADE/ORGANISMO

1.3. RECIBE COMIDA NA CASA

ACCESO

NON SI

1.4. USA TRANSPORTE ADAPTADO

NON SI

1.5. CENTRO DE DÍA/TALLER

| TIPO | INTENSIDADE | ACCESO | DATA DE INICIO |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ENTIDADE/ORGANISMO

1.6. VIVENDA TUTELADA

| TIPO DE PLAZA | ACCESO | DATA DE INGRESO |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ENTIDADE/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DO SERVIZO

NON SI

RECIBE OUTROS SERVIZOS DE APOIO

NON SI (ESPECIFICAR)

2. A PERSOA UTILIZA SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS. NON SI

2.1. CENTRO RESIDENCIAL

TIPO DE PRAZA

ACCESO

DATA DE INGRESO

ENTIDADE/ORGANISMO

2.2. OUTROS SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS

NON SI (ESPECIFICAR)

ACCESO

ENTIDADE/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DO SERVIZO

NON SI

RECIBE OUTROS SERVIZOS DE APOIO

NON SI (ESPECIFICAR)

3. A PERSOA RECIBE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA COIDADOS NO ENTORNO. NON SI

3.1. A PERSOA ESTÁ ATENDIDA NO SEU DOMICILIO POLA COIDADOR/A.

NON SI

RECIBE/RECIBEU FORMACIÓN ESPECÍFICA

DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

3.2. A PERSOA ESTÁ ATENDIDA POLO ASISTENTE PERSOAL

NON SI

DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

OUTROS APOIOS NO ENTORNO

NON SI (ESPECIFICAR)

4. A PERSOA RECIBE OUTROS SERVIZOS E/OU PRESTACIÓNS SOCIAIS. NON SI (ESPECIFICAR)

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE E VALORACIÓN DE IDONEIDADE DAS PRESTACIÓNS OU SERVIZOS SOCIAIS E DO SEU IMPACTO NA UNIDADE DE CONVIVENCIA.

VIII. OUTROS SERVIZOS/PRESTACIÓNS QUE UTILIZA A PERSOA (educación, sanidade, emprego)

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

VIII. OUTROS SERVIZOS/PRESTACIÓNS QUE UTILIZA A PERSOA (continuación)

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

IX. SITUACIÓN ECONÓMICA

INGRESOS DA PERSOA SOLICITANTE/INGRESOS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

INGRESOS NETOS (PENSIÓNS, PRESTACIÓNS, RETRIBUCIÓNS....)

CONCEPTO

CONTÍA MENSUAL

NÚMERO DE PAGAS

RENDEMENTOS DO CAPITAL MOBILIARIO

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

OUTROS RENDIMIENTOS (DO CAPITAL INMOBILIARIO, ACTIVIDADES ECONÓMICAS)

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

GANANCIAS E PÉRDIDAS PATRIMONIAIS (VENTAS, REEMBOLSOS..)

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

GASTOS FIXOS DO SOLICITANTE/DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

ALUGAMENTOS (CONTÍA MENSUAL)

HIPOTECAS (CONTÍA MENSUAL)

SERVIZOS DE ATENCIÓN (CONTÍA MENSUAL)

OUTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA

X. VALORACION PROFESIONAL E PROPOSTA

1. DIAGNÓSTICO SOCIAL (Síntese da información significativa e valoración profesional)

2. PROGÓSTICO (Síntese de consecuencias, se non se interveñen na situación persoal/familiar)

3. PROPOSTA DA INTERVENCIÓN

1. ACCESO A SERVIZOS/PRESTACIÓNS.
2. ARTICULACIÓN DE APOIOS INSTITUCIONAIS E SOCIAIS.

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL

Lugar e data

, de de

ANEXO X

Fraxilidade:

1. Persoa cuidadora pre-dependente/dependencia acusada
2. Ten dificultade de comprensión da enfermidade/dependencia
3. Ten escaso coñecemento dos cuidados a prestar
4. Concorrenza de discapacidade/dependencia con necesidade de apoios de outros/as membros da unidade de convivencia
5. Signos de esgotamento físico ou emocional
6. Dificultades de conexión social e illamento
7. Ausencia de compromiso estable

Consistencia:

1. É maior de idade en bo estado xeral de saúde
2. Disponibilidade de tempo
3. Ter seguridade económica
4. Ter coñecemento suficiente para prestar cuidados
5. Dispón de apoios familiares e/ou profesionais
6. Ten períodos de descanso

Risco de claudicación:

1. Por impacto dos cuidados (na saúde, na vida persoal)
2. Por dificultades de relación (coa persoa, coa familia e amigos)
3. Por problemas de competencia (sobre a complexidade de apoios que desborda a súa capacidade)