



G CONSELLERIA
O FAMÍLIES
I I AFERS SOCIALS
B DIRECCIÓ GENERAL
/ ATENCIÓ DEPENDÈNCIA

INFORME SOCIAL		
Trabajador/a social:		
Identificación del centro o servicio:		
Motivo del informe: Solicitud de estancia temporal en un centro residencial Solicitud de estancia temporal en un centro de día		
Personas entrevistadas:		
Fecha y lugar de la entrevista:		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento:	NIF/NIE:	
Estado civil:		
DOMICILIO HABITUAL		
Dirección:		Teléfono:
CP:	Localidad:	Isla:
SITUACIÓN LEGAL		
Presunto/a incapaz con guardador/a de hecho Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Incapacitado/ada legalmente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
REPRESENTANTE		
Nombre y apellidos:		Razón social:
NIF/NIE:	Teléfono:	Dirección electrónica:
Domicilio:	Localidad:	Isla:
OCUPACIÓN		
Trabaja?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Profesión:
Puesto de trabajo:		
Horario:	Persona de contacto:	
Jubilado/ada <input type="checkbox"/>	Pensionista <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
Observaciones:		



Otras informaciones de interés:				
PRESTACIONES SOCIALES QUE RECIBE LA PERSONA SOLICITANTE				
Apoyo en un centro especializado				
<i>Tipo de centro y plaza</i>	<i>Titularidad</i>	<i>Coste mensual</i>	<i>Aportación del usuario/a</i>	
Apoyo domiciliario (SAD, teleasistencia, comida a domicilio, personal de apoyo...)				
<i>Prestación</i>	<i>Titularidad</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Coste mensual</i>	<i>Aportación del usuario/a</i>
Otras prestaciones complementarias (logopeda, fisioterapeuta...)				
<i>Prestación</i>	<i>Titularidad</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Coste mensual</i>	<i>Aportación del usuario/a</i>
CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA Y DE SU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA				
Necesidad de apoyo para las ABVD	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
Necesidad de apoyo para la comunicación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
Necesidad de apoyo para la seguridad personal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
Necesidad de atención por deterioro cognitivo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
Necesidad de atención por conductas disfuncionales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
Necesidad de atención por conductas agresivas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
Necesidad de atención por autoagresiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
Otros riesgos para la persona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
Participación social:				
Ocio y tiempo libre:				



Observaciones:

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

(Genograma)

La persona solicitante vive en su propio domicilio? Sí No

La persona solicitante alterna diferentes domicilios? Sí No

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS APOYOS INFORMALES

-Recibe apoyo familiar? Sí No

Intensidad: Diaria Esporádica Otras:

-Recibe apoyo vecinal diario? Sí No

Intensidad: Diaria Esporádica Otras:

Relaciones con el núcleo de convivencia

- Hay buena relación.
- La relación es aceptable.
- La relación es insatisfactoria.
- Hay una situación de desatención.
- La persona solicitante es objeto de maltratos.



Atención que percibe de las personas con quienes convive

- Falta de atención o semiabandono.
- Aislamiento afectivo.
- Sin integración familiar.
- Integrado/ada.
- Con buenas relaciones:

Atenciones que recibe la persona solicitante de los cuidadores

- No tiene ningún tipo de ayuda familiar o del círculo de relaciones.
- Recibe atenciones con periodicidad semanal.
- Recibe atenciones dos o tres veces la semana.
- Recibe atención diariamente.
- Pasa las noches y los fines de semana con los cuidadores.
- Vive en casa de los cuidadores.

Tiempo de atención

- El cuidador/a principal lleva menos de 12 meses prestando la atención.
- El cuidador/a principal lleva entre 12 y 30 meses prestando la atención.
- El cuidador/a principal lleva más de 30 meses prestando la atención.

Relación

- El cuidador/a principal vive de manera satisfactoria la atención que presta.
- El cuidador/a vive como una obligación la atención que presta.
- El cuidador/a quiere dejar de prestar esta atención.
- El cuidador/a ha renunciado a mantener la atención que presta.

Otros apoyos sociales y sanitarios

<i>Tipo de apoyo</i>	<i>Titularidad</i>	<i>Frecuencia</i>

IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL

<i>Nombre y apellidos</i>	<i>NIF</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
El cuidador/a principal trabaja fuera del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Horario:
Otras ocupaciones: Cuida otras personas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Otras responsabilidades:	



Fragilidad del apoyo familiar

Cuidador/a predependiente: Sí No

Dependencia acusada: Sí No

Falta de conocimientos sobre les atenciones: Sí No

Dificultad en la comprensión del proceso de enfermedad o dependencia: Sí
No

Ausencia de compromiso estable: Sí No

Enfermedad o discapacidad amb necesidad de apoyo en la figura del cuidador/
a:

Sí No

Signos de agotamiento físico o emocional: Sí No

Dificultad de conexión social o aislamiento: Sí No

Consistencia del suport familiar

Cuidador/a en buen estado de salud: Sí No

Disponibilidad de tiempo (expresado en horas):

Conocimientos para la prestación de atenciones: Sí No

Disponibilidad de apoyos formales e informales: Sí No

Possibilidad de disfrutar de períodos de descanso: Sí No

Observaciones:

(Señalar cualquier otra circunstancia que no haya sido recogida en los apartados anteriores).



VIVIENDA

Régimen de tenencia:

- Propiedad de la persona solicitante.
- Propiedad de un familiar (*Indicad de cual*):
- Vivienda cedida en uso
- Alquiler
- Vivienda realquilada
- Piso tutelado
- Pensión/Hotel
- Ingreso en otro centro (*Indicad en cual*):
- Rotación por varios domicilios (*Indicar el parentesco*):
- Sin vivienda

Tipo de vivienda:

- Barraca o similar
- Buhardillas
- Vivienda normal

Condiciones de la vivienda:

- La vivienda presenta unas condiciones de solidez y salubridad, instalaciones y equipamientos aceptables para desarrollar las actividades propias de la vida diaria.
- La vivienda presenta unas condiciones generales aceptables, aunque faltan instalaciones adecuadas, sin perjuicio de poder desarrollar las actividades propias de la vida diaria.
- La vivienda presenta unas condiciones de solidez y salubridad que dificultan la existencia de instalaciones o equipamientos mínimos para desarrollar las actividades propias de la vida diaria.
- La vivienda presenta unas condiciones de solidez y salubridad inaceptables para la habitabilidad.
- Falta vivienda para vivir.

Barreras arquitectónicas:

- Hay que hacer adaptaciones en el interior del domicilio.
- Hay que hacer adaptaciones para facilitar el acceso al exterior.
- Manquen equipamientos o servicios domésticos.
- Carece de higiene.

Situación de la vivienda (acceso a los servicios de la comunidad)

- Permite emplear los servicios básicos comunitarios y recibir servicios asistenciales y domiciliarios.
- Permite emplear los servicios básicos comunitarios pero tiene dificultades para recibir servicios asistenciales y domiciliarios.
- No permite emplear los servicios básicos comunitarios pero sí que puede



<p>recibir servicios asistenciales y domiciliarios.</p> <p><input type="checkbox"/> No permite emplear los servicios básicos comunitarios y tiene dificultades para recibir servicios asistenciales y domiciliarios.</p> <p>Observaciones: <i>(Señalar cualquier otra característica de la vivienda que no aparezca en los apartados anteriores y que consideráis de interés).</i></p>
<p>MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ESTANCIA TEMPORAL</p> <p><input type="checkbox"/> Convalecencia de la persona cuidadora por enfermedad, operación quirúrgica o accidente.</p> <p><input type="checkbox"/> Convalecencia de la persona solicitante por enfermedad, operación quirúrgica o accidente.</p> <p><input type="checkbox"/> Situación familiar grave.</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidad de descanso de la persona cuidadora principal.</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidad de hacer obras de rehabilitación o adaptación de la vivienda habitual de la persona solicitante.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (<i>Indicarlos</i>):</p>
<p>Valoración de la idoneidad del servicio solicitado:</p>

Identificación del trabajador o trabajadora social

<p>Nombre y apellidos:</p> <p>Núm. de colegiado/ada:.....</p> <p>Servicio/Entidad:</p> <p>Municipio:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Firma:</p> <p>Lugar y fecha:</p>
--