

1. DATOS DEL PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL

Nombre*			
Primer apellido*		Segundo apellido	
Centro de trabajo*			
Teléfono de contacto*		Correo electrónico corporativo	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

¿Dispone de NIF / NIE? *	<input type="checkbox"/> Menor de 14 años y no se dispone de NIF / NIE <input type="checkbox"/> Se dispone de NIF / NIE		
NIF / NIE* <i>(Rellenar obligatoriamente si dispone de NIF / NIE)</i>		Núm. soporte NIF / NIE* <i>(Rellenar obligatoriamente si dispone de NIF / NIE)</i>	
Nombre*			
Primer apellido*		Segundo apellido	

3. RED FAMILIAR DE APOYO Y TIPO DE CONVIVENCIA

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI	Parentesco	Fecha nacimiento	Situación laboral	Ocupación	Estado civil	Tipo de persona cuidadora ⁽¹⁾

Observaciones (Aspectos de interés sobre la unidad de convivencia. Describa la relación solicitante-cónyuge y con otros componentes de la unidad familiar. Rotación familiar):

⁽¹⁾ Persona cuidadora: Principal, Secundaria, Ocasional u Obligada

4. RED DE APOYO QUE NO CONVIVE CON LA PERSONA INTERESADA Y RESIDEN CERCA DE SU DOMICILIO

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI	Parentesco	Fecha nacimiento	Situación laboral	Teléfono	Tipo de persona cuidadora ⁽¹⁾

Observaciones (Aspectos de interés sobre la unidad de convivencia. Describa la relación solicitante-cónyuge y con otros componentes de la unidad familiar. Rotación familiar):

⁽²⁾ Persona cuidadora: Principal, Secundaria, Ocasional u Obligada

5. SITUACIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR

Cargas familiares

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Otra persona dependiente | <input type="checkbox"/> Otra persona con grado de discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Trabajando el familiar cuidador fuera del hogar | <input type="checkbox"/> Delicado estado de salud de la persona cuidadora |
| <input type="checkbox"/> Hijos menores de 18 años | <input type="checkbox"/> Incapacidad sobrevenida de la persona cuidadora |

Sobrecarga de cuidados

Tipo de la sobrecarga de cuidados:

- Leve Media Importante

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga por escasas habilidades de la persona cuidadora | <input type="checkbox"/> Sobrecarga por persona cuidadora única |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga por escasos conocimientos de la persona cuidadora | <input type="checkbox"/> Sobrecarga por persona cuidadora obligada |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga por imposibilidad de atención | <input type="checkbox"/> Sobrecarga por otros motivos |

Conflictividad familiar

Conflictividad

- No hay Leve Moderado Grave

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Por persona cuidadora obligada | <input type="checkbox"/> Por persona cuidadora única | <input type="checkbox"/> Otros motivos |
| <input type="checkbox"/> Varias personas cuidadoras | <input type="checkbox"/> Toxicomanías, malos tratos | |

En caso de seleccionar "Otros motivos", especifíquelos detalladamente:

6. PARTICIPACIÓN EN RELACIONES SOCIALES

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tiene amistades | <input type="checkbox"/> Acude a algún recurso comunitario | <input type="checkbox"/> Da pequeños paseos |
| <input type="checkbox"/> Solo acude al médico | <input type="checkbox"/> Suele estar solo | <input type="checkbox"/> No hace nada |
| <input type="checkbox"/> Tiene conflictividad o rechazo en entorno social próximo | | |

7. GRADO DE ATENCIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Atención recibida

- Sin atención Dificultad de atención

Motivos que impiden dar la atención necesaria

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas laborales | <input type="checkbox"/> Salud | <input type="checkbox"/> Conflictividad familiar | <input type="checkbox"/> Carencia de familiares |
| <input type="checkbox"/> Problemas económicos | <input type="checkbox"/> Familiares residentes en otra localidad | <input type="checkbox"/> Otros problemas | |

Apoyo externo recibido en la actualidad

Centro:

- No hay Ocupacional De día De noche Residencial

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programas de integración social | <input type="checkbox"/> Apoyo privado | <input type="checkbox"/> Servicio de ayuda a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Programas de integración laboral | <input type="checkbox"/> Lavandería a domicilio | <input type="checkbox"/> Atención a domicilio <input type="checkbox"/> Comida a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Apoyo social informal (vecindario, personal voluntario...) | <input type="checkbox"/> Cuidados personales | |

8. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Régimen de la vivienda.	<input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Usufructo o cesión de uso <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Vivienda social o protegida <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> NO dispone de vivienda
Barreras Arquitectónicas de la Vivienda	
¿Tiene barreras arquitectónicas la vivienda? :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Condiciones Higiénicas	<input type="checkbox"/> Óptimas <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Malas
Condiciones Estructura	<input type="checkbox"/> Óptimas <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Malas

9. RECURSOS ECONÓMICOS

Pensión (Tipología y cuantía anual)	
Ingresos derivados de otros bienes (Tipología y cuantía anual)	
Gastos (Alquileres, gastos, deudas...)	

10. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN Y VALORACIÓN DE LA PERSONA TITULADA EN TRABAJO SOCIAL

La cumplimentación de este apartado es obligatoria para la tramitación de la solicitud. Si no se detalla el contenido de este apartado, la solicitud no podrá tramitarse, con independencia de que el resto de los campos estén correctamente cumplimentados.

Diagnóstico Social (Recuerde desarrollar a continuación todas las casuísticas detectadas en el presente informe) *

Red de apoyo social
<input type="checkbox"/> Con red de apoyo <input type="checkbox"/> Red de apoyo frágil <input type="checkbox"/> Sin red de apoyo
Propuesta profesional
Servicios
<input type="checkbox"/> Promoción de la autonomía personal <input type="checkbox"/> Prevención de situaciones de dependencia <input type="checkbox"/> Teleasistencia <input type="checkbox"/> Centro de día <input type="checkbox"/> Diurno de discapacidad <input type="checkbox"/> Centro de noche <input type="checkbox"/> Residencial de discapacidad <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio <input type="checkbox"/> Residencial salud mental <input type="checkbox"/> Alojamientos especiales <input type="checkbox"/> Atención residencial
Prestaciones Económicas
<input type="checkbox"/> Asistencia personal <input type="checkbox"/> Cuidados en el entorno familiar ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Promoción de la autonomía <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio <input type="checkbox"/> Atención residencial <input type="checkbox"/> Centro de día
<small>(1) El presente informe tiene la consideración de informe social al amparo del artículo 29.1 de la Ley 39/2006: en el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y de las prestaciones correspondientes, la determinación de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar corresponderá a la administración competente a propuesta de los servicios sociales.</small>

11. FIRMA	
Fecha*	
Firma*	<i>Fírmese por el profesional que realiza este informe</i>

Consejería de Salud y Atención a la Dependencia
Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)
Dirección Gerencia - SEPAD
Unidad de Acceso y Valoración de la Dependencia
Código identificación DIR3: A11030373