



A. IDENTIFICACIÓN

A1. CLASIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO

SECCIÓN: 1. RESIDENCIA <input type="checkbox"/>		1.1. Subsección Residencia: De PERSONAS CON AUTONOMÍA (1) <input type="checkbox"/> MIXTA (2) <input type="checkbox"/> De DEPENDIENTES (3) <input type="checkbox"/>	
Servicio de alojamiento, manutención y atención integral 24 horas/día: 1) No admite dependientes; 2) Admite dependientes y personas con autonomía; 3) Especializada en dependientes			
2. CENTRO DE DÍA <input type="checkbox"/> /UNIDAD RESIDENCIAL DE DÍA <input type="checkbox"/>		2.1. Subsección C. Día: COMUNITARIO <input type="checkbox"/> (1) DEPENDIENTES <input type="checkbox"/> (2) ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS <input type="checkbox"/> (3) REHABILITACIÓN <input type="checkbox"/> (4)	
Servicios personales diurnos: (1) Servicios de comidas, lavandería y otros sin personal que preste cuidados; (2) Servicio dirigido a dependientes con personal que presta cuidados; (3) De dependientes especializado en demencias; (4) Servicio por sesiones y orientado a la recuperación funcional			
3. SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO <input type="checkbox"/>		3.1. ACREDITADO <input type="checkbox"/> 3.2. ESPECIALIZADO EN PERSONAS MAYORES <input type="checkbox"/> 3.3. ATIENDE A TODAS LAS EDADES <input type="checkbox"/>	
4. TITULARIDAD: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>		5. ÁMBITO: Local <input type="checkbox"/> Comarcal (-30 km) <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/>	

A2. ENTIDAD TITULAR

1. Entidad propietaria del centro o servicio			2. CIF		
3. SSB <input type="checkbox"/> 4. ZSS <input type="checkbox"/>		5. Dirección (calle, número, portal)		6. Municipio	
7. Cód. Postal		8. Provincia			
9. Teléfono Entidad (fijo)		10. Fax Entidad		11. Correo electrónico de la Entidad Titular	
12. Tipo Titular: Consejería <input type="checkbox"/> Diputación <input type="checkbox"/> Ayuntamiento <input type="checkbox"/> C. Religiosa <input type="checkbox"/> Asociación/Fund. <input type="checkbox"/> Empresa SA/SL <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/>					
13. Núm. Total de Centros de Servicios Sociales de la Entidad (incluido el registrado):			En Extremadura		Fuera de Extremadura

A3. CENTRO O SERVICIO

1. Denominación			2. CIF		
3. SSB <input type="checkbox"/> 4. ZSS <input type="checkbox"/>		5. Dirección (calle, número, portal)		6. Municipio	
7. Cód. Postal		8. Provincia			
9. Teléfono Centro (fijo)		10. Fax Centro		11. Correo electrónico del Centro	
12. Director o Responsable del Centro (nombre y apellidos)				13. NIF del Director o Responsable	

A4. ENTIDAD GESTORA (Rellenar solo si el titular NO gestiona directamente el servicio, o si prefiere otra dirección para notificaciones:)

1. Entidad gestora del servicio			2. CIF		
3. SSB <input type="checkbox"/> 4. ZSS <input type="checkbox"/>		5. Dirección (calle, número, portal)		6. Municipio	
7. Cód. Postal		8. Provincia			
9. Teléfono Entidad (fijo)		10. Fax Entidad		11. Correo electrónico de la Entidad Gestora	
12. Responsable del servicio que rellena el cuestionario (nombre y apellidos)				13. NIF del Responsable	
14. Cargo/Puesto de trabajo en la Entidad		15. Teléfono del Responsable		16. Fax del Responsable	
17. Correo electrónico del Responsable		Sede desde donde se gestiona el servicio (Rellenar si la dirección de la sede desde la que se gestiona el servicio es diferente a la dirección de la Entidad)			
18. SSB <input type="checkbox"/> 19. ZSS <input type="checkbox"/>		20. Dirección (calle, número, portal)		21. Municipio	
22. Cód. Postal		23. Provincia			
24. Tipo Gestor: Consejería <input type="checkbox"/> Diputación <input type="checkbox"/> Ayuntamiento <input type="checkbox"/> C. Religiosa <input type="checkbox"/> Asociación/Fund. <input type="checkbox"/> Empresa SA/SL <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/>					

A5. PLAZAS RESIDENCIALES

Capacidad	Plazas Ocupadas	Plazas de Dependientes	Plazas de Autónomos	Camas de Enfermería
-----------	-----------------	------------------------	---------------------	---------------------

B. EDIFICIO Y EQUIPAMIENTO

CENTRO O SERVICIO: _____

B1. EDIFICIO: AÑOS, PLANTAS Y UBICACIÓN

Año Construcción		Año Apertura		Plantas (incluida planta baja y sótano)		Dispone de:	Sótano <input type="checkbox"/>	Ascensor <input type="checkbox"/>
UBICACIÓN: Céntrico <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Fuera del núcleo urbano <input type="checkbox"/>								

Los siguientes apartados se refieren a espacios que se ESTÁN USANDO para el fin que se menciona.

B2. UNIDADES FUNCIONALES DIFERENCIADAS

1. Espacios de Atención Personal										
Enfermería.....	<input type="checkbox"/>	Área de Dependientes.....	<input type="checkbox"/>	Área de Atención Diurna.....	<input type="checkbox"/>	Área de Atención Rehabilitación.....	<input type="checkbox"/>	Área de Fisioterapia.....	<input type="checkbox"/>	
Área de Terapia Ocupacional...	<input type="checkbox"/>	Área de Logopedia.....	<input type="checkbox"/>	Área de Psicomotricidad.....	<input type="checkbox"/>	Área de Actividades Socioculturales	<input type="checkbox"/>	Despacho Médico.....	<input type="checkbox"/>	
Despacho Psicólogo.....	<input type="checkbox"/>	Despacho Trabajador Social	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2. Espacios Operativos										
Cocina.....	<input type="checkbox"/>	Almacén General.....	<input type="checkbox"/>	Taller de Mantenimiento....	<input type="checkbox"/>	Lavandería.....	<input type="checkbox"/>	Peluquería.....	<input type="checkbox"/>	
Almacén Cocina.....	<input type="checkbox"/>	Cuarto/Zona de Basuras.....	<input type="checkbox"/>	Vestuario-Aseo del Personal	<input type="checkbox"/>	Tanatorio.....	<input type="checkbox"/>	Sala de Visitas.....	<input type="checkbox"/>	
3. Espacios de Esparcimiento										
Sala de Lectura.....	<input type="checkbox"/>	Sala de Estar sin ruidos.....	<input type="checkbox"/>	Sala de Televisión.....	<input type="checkbox"/>	Jardín.....	<input type="checkbox"/>	Patio.....	<input type="checkbox"/>	

En los siguientes apartados señale "0" sin no dispone de esas piezas, superficies o material.

B3. HABITACIONES (Equipadas y de uso habitual)

Nº Total de Habitaciones		Nº Habitaciones Individuales		Nº Habitaciones Dobles		Nº Habitaciones Triples	
Nº Total Cuartos de Baño en habitaciones		Nº Cuartos de Baño en Habitaciones Individuales		Nº Cuartos de Baño en Habitaciones Dobles		Nº Cuartos de Baño en Habitaciones Triples	

B4. ZONAS COMUNES

Nº de Comedores		Nº Salas de Rehabilitación		Nº Salas de Actividades		Nº Salas de Estar	
Nº de Aseos Comunes							

B5. SUPERFICIES (m²)

En las salas: si dos espacios coinciden en superficie se sobreentiende que se trata del mismo lugar. Si coincidieran dos superficies y no es el mismo lugar anotar una aclaración

Edificio (superficie útil)		Habitaciones (total)		Habitación individual más pequeña		Habitación doble más pequeña	
Habitación Triple más pequeña		Comedor/es (total)		Sala/s de Estar (total)		Sala de Fisioterapia	
Sala de Psicomotricidad		Sala de Logopedia		Sala/s de Terapia Ocupacional		Sala/s de Actividades de Ocio	

B6. EQUIPAMIENTO (Número de unidades)

Camas Articuladas		Colchones Antiescaras		Sillas de Rueda		Andadores	
Baños/Duchas Adaptados		Bañeras Adaptadas		Grúas		Teléfonos en habitaciones	
Timbres en habitaciones		Timbres en cuartos de baño					

C. SERVICIOS

CENTRO O SERVICIO: _____

Se considera que el centro o el servicio tiene atención especializada si se presta por un profesional debidamente acreditado.

C1. CUIDADOS PERSONALES

Admite Dependientes..... <input type="checkbox"/>	Atención de Enfermería..... <input type="checkbox"/>	Médico en plantilla..... <input type="checkbox"/>	Médico contratado..... <input type="checkbox"/>	Médico especialista..... <input type="checkbox"/>
Fisioterapia..... <input type="checkbox"/>	Psicomotricidad..... <input type="checkbox"/>	Terapia Ocupacional..... <input type="checkbox"/>	Logopedia..... <input type="checkbox"/>	Intérprete Lengua Signos..... <input type="checkbox"/>
Unidad de Demencia..... <input type="checkbox"/>	Estimulación Cognitiva..... <input type="checkbox"/>	Atención Psicológica..... <input type="checkbox"/>	Musicoterapia..... <input type="checkbox"/>	Apoyo Psicológico..... <input type="checkbox"/>
Educación Familiar..... <input type="checkbox"/>	Dietética..... <input type="checkbox"/>	Odontología..... <input type="checkbox"/>	Podología..... <input type="checkbox"/>	Gimnasia/Deportes..... <input type="checkbox"/>
Peluquería..... <input type="checkbox"/>	Voluntariado..... <input type="checkbox"/>	Actividades al Aire Libre..... <input type="checkbox"/>	Acompañamiento en Salidas..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. SERVICIOS GENERALES

PROVEEDOR DE COCINA:	Cocina Propia..... <input type="checkbox"/>	Cocina Bar del Centro..... <input type="checkbox"/>	Por Encargo (catering)..... <input type="checkbox"/>	Cocina otro centro..... <input type="checkbox"/>
PROVEEDOR DE LIMPIEZA:	Propio y Exclusivo..... <input type="checkbox"/>	Propio y Polivalente..... <input type="checkbox"/>	Empresa Privada..... <input type="checkbox"/>	Servicio Público de..... <input type="checkbox"/>
		(los cuidadores son limpiadores)		Ayuda a Domicilio

C3. EQUIPAMIENTO

Gimnasio Equipado..... <input type="checkbox"/>	Prensa Diaria..... <input type="checkbox"/>	Fonoteca/Música Ambiente..... <input type="checkbox"/>	Videoteca..... <input type="checkbox"/>	Biblioteca..... <input type="checkbox"/>
Transporte Adaptado..... <input type="checkbox"/>	Teléfono en habitaciones..... <input type="checkbox"/>	Frigorífico usuarios..... <input type="checkbox"/>	Admite Animales..... <input type="checkbox"/>	(+100 libros y préstamo) Bar/Cafetería..... <input type="checkbox"/>
TV en habitaciones..... <input type="checkbox"/>	Acceso a Internet..... <input type="checkbox"/>	Internet WIFI..... <input type="checkbox"/>	Piscina..... <input type="checkbox"/>	Piscina Cubierta..... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. SERVICIOS TEMPORALES

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Residentes en Estancia Temporal			Residentes en Estancia de Fin de Semana								

DEMANDA DE INGRESO. LISTA DE ESPERA a 31 de diciembre

Contabilizar solo aquellos demandantes que hayan solicitado el ingreso en el centro o servicio en los últimos 3 años y que aún estén interesados en acceder al mismo.

Indicar "0" si no tiene solicitantes de ingreso.

C5. NÚMERO DE SOLICITANTES DE INGRESO EN EL CENTRO O SERVICIO

Residencia					Centro de Día/URD					Servicio Domiciliario					Otros Servicios		
------------	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	-----------------	--	--

C6. CRITERIOS DE ADMISIÓN

C7. CENTROS SANITARIOS DE REFERENCIA

Centro de Salud de Referencia
Hospital de Referencia

D. RESIDENCIA/Residentes

CENTRO O SERVICIO: _____

D1. OCUPACIÓN/plazas ocupadas

A 31 diciembre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CUANDO NO EXISTA NINGÚN USUARIO EN LA SITUACIÓN ANOTAR "0". USUARIOS A 31 DE DICIEMBRE (FECHA DE LA DECLARACIÓN) Y SUMA DE TODO EL AÑO DE LA DECLARACIÓN

D2. DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES POR SEXO, EDAD, ANTIGÜEDAD Y PROCEDENCIA

(Las categorías desagregadas—sexo, grupos de edad...- deben sumar el total de la Ocupación del centro o servicio)

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Hombres			Mujeres			Residentes Tutelados por la Junta de Extremadura			Residentes Tutelados por familiares		
Menos de 75 años			De 75 a 79 años			De 80 a 84 años			De 85 y más años		
ANTIGÜEDAD ESTANCIA:			Menos de 1 año			Entre 1 y 3 años			Más de 3 años		
De la Localidad			De la Comarca (-30 Km.)			De la Región			De Fuera de Extremadura		

D3. RESIDENTES CON RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DEPENDENCIA

Con Reconocimiento Oficial de la Dependencia:											
Grado III. Nivel 2			Grado III. Nivel 1			Grado II			Grado I		

D4. DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES POR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

RESIDENTES QUE NO PUEDEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (sobre el TOTAL de los residentes):
 • SEIS ACTIVIDADES: *ALIMENTARSE, *LEVANTARSE-ANDAR, *VESTIRSE, *IR SOLO AL RETRETE, *BAÑARSE-DUCHARSE, *CUIDAR SU ASPECTO FÍSICO
 Número de residentes a 31 de diciembre. Residentes que NO pueden realizar por sí solos un número de las SEIS actividades mencionadas, CUALES QUIERA QUE SEAN. Se considera que no pueden realizar la actividad por sí mismos cuando el residente necesita que la realice el cuidador o cuando necesita ayuda o supervisión para realizarla. La suma total de los siete recuadros debe coincidir con la OCUPACIÓN, es decir, UN RESIDENTE SOLO PUEDE FIGURAR EN UNA DE LAS CASILLAS. Indique "0" si no existe ningún residente en estas situaciones.

NO pueden realizar NINGUNA	NO pueden realizar 4 de 6	NO pueden realizar 2 de 6	SÍ pueden realizar TODAS
NO pueden realizar 5 de 6	NO pueden realizar 3 de 6	NO pueden realizar 1 de 6	

D5. INCIDENCIAS A FECHA DE LA DECLARACIÓN (EL 31-DICIEMBRE). Indique "0" si no existe ningún residente en estas situaciones

(Ver definiciones en la carpeta del cuestionario)

Inmovilizados	Incontinentes (+ 3 veces/semana)	Con Polifarmacia (+ 3 medicinas/día)	Con Úlceras de Piel
Con Demencia	Con Problemas de Conducta	Con Antidepresivos/Ansiolíticos	Con Neurolépticos
Con Problemas del Lenguaje	Con Silla de Ruedas	Con Andador	
Salen de Vacaciones (+1 semana/año)	Se valen para comprar	Reciben visitas (+ 3 visitas/año)	Salen del Centro a pasear
Tienen familiares o amigos en la localidad del centro	Participan voluntariamente en las actividades del centro	Ciegos o casi ciegos	Sordos o casi sordos

¿Las incidencias señaladas a 31 de diciembre difieren notablemente de la media de las incidencias que se han producido en todo el año? SÍ NO

D6. INCIDENCIAS ANUALES (Suma de los residentes durante TODO EL AÑO). Indique "0" si no existe ningún residente en estas situaciones



MOVIMIENTO DE RESIDENTES:	Altas/Ingresos	Bajas (incluido fallecidos)	Bajas Voluntarias
INCIDENCIAS VITALES:	Hospitalizados (núm. residentes)	Hospitalizaciones (núm. de veces)	Accidentados
Fallecidos			
CUIDADOS ESPECIALES DE ENFERMERÍA: Con Sondas	Oxigenoterapia	Farmacoterapia compleja que requiera control de enfermería	Terapias especiales fuera del centro (diálisis, quimioterapia...)

D7. ESTANCIAS TEMPORALES

Residentes en Estancia Temporal	Residentes en Fin de Semana	Residentes en periodo Vacaciones
---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

E. RESIDENCIA/Personal


CENTRO O SERVICIO: _____

E1.	Nº TOTAL DE TRABAJADORES 	Del total: Nº de trabajadoras		Del total: Nº trabajadores con discapacidad
------------	--	-------------------------------	---	---

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR CATEGORÍAS A 31 DE DICIEMBRE (Indique "0" sin no existe ningún trabajador en estas situaciones)

Cada trabajador a jornada completa se contabiliza como "1", el resto de trabajos que hagan una jornada menor a 7 horas/día se contabilizan como "0,5". Si un trabajador a jornada completa realiza dos funciones, por ejemplo, cuidador y limpiador, se contabiliza como "0,5" en cada una de las categorías. La suma total de trabajadores por categoría tiene que coincidir con la cantidad anotada arriba de "Total de Trabajadores". No se contabiliza al voluntariado. La titulación se refiere al puesto de trabajo que ocupa el trabajador por contrato.

E2. EN PLANTILLA o CONTRATADOS POR SERVICIOS: Número de trabajadores por categorías y horas de atención por semana sumando las horas de todos los trabajadores de cada categoría en una semana.

	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Cuidadores sin Titulación			Cuidadores con Titulación 			ATS/Diplomados en Enfermería			Limpiadores		
Cocineros			Ayudantes de Cocina			Ordenanzas			Personal de Mantenimiento		
Conductores			Cuidadores de Transporte			Administrativos			Director/Supervisores		
TÉCNICOS DE GRADO SUPERIOR											
	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Médicos			Médicos Dietistas			Médicos Psiquiatras			Médico Rehabilitador		
Otros Médicos Especialistas			Psicólogos			Psicopedagogos			Pedagogos		
TÉCNICOS DE GRADO MEDIO											
	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Fisioterapeutas			Psicomotricistas			Logopedas			Maestro especialista en Audición y Lenguaje		
Musicoterapeutas			Terapeutas Ocupacionales								
Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica			Educadores Sociales			Trabajadores Sociales			Técnicos en Nvas. Tecnologías de la Comunicación		
Animadores Socioculturales			Otros Sanitarios			Otros Sociales			Otros de Gestión y Apoyo		
TÉCNICOS ESPECIALISTAS											
	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Profesores de Taller			Monitores/Adjuntos de Taller			Expertos en área ocupacional			Podólogos		
Educadores			Intérpretes Lengua Signo			Orientador/Tec. de Integración					

E3. INCIDENCIAS DEL PERSONAL EN TODO EL AÑO (Las distribuciones por turnos, edad y sexo debe sumar el total de personal)

 CUIDADORES												
 Cuidadores contratados que ya estaban en plantilla el año anterior a la Declaración				 Cuidadores contratados nuevos en plantilla (excepto temporales) el año de la Declaración								
Cuidadores contratados temporales por sustituciones (bajas, despidos, vacaciones)						Cuidadores cualificados (con titulación o con más de 2 años de experiencia en cuidados)						
Cuidadores que han estado de baja laboral por enfermedad o accidente												
 Turno de Mañana				Turno de Tarde				Turno de Noche				
Cuidadores Mujeres			Cuidadores Hombres			De 16 a 34 años		De 35 a 49		De 50 y más años		
LIMPIADORES												
 Cuidadores contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración						Cuidadores que han estado de baja laboral por enfermedad o accidente						
Limpiadores Mujeres			Limpiadores Hombres			De 16 a 34 años		De 35 a 49		De 50 y más años		
PERSONAL SANITARIO Y PROFESIONALES TÉCNICOS												
Sanitarios contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración						Otros profesionales contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración						
 TODO EL PERSONAL												
Bajas definitivas (despidos, abandonos, traslados)						Personal formado (más de 25 horas de formación/año)						

F. CENTRO DE DÍA, UNIDAD RESIDENCIAL DE DÍA O EMPRESA AYUDA A DOMICILIO/Usuarios

CENTRO O SERVICIO: _____

CUANDO NO EXISTA NINGÚN USUARIO EN LA SITUACIÓN ANOTAR "0". USUARIOS A 31 DE DICIEMBRE (FECHA DE LA DECLARACIÓN) Y SUMA DE TODO EL AÑO DE LA DECLARACIÓN

F1. HORARIO DEL SERVICIO

Mañana hora inicio	<input type="text"/>	Mañana hora fin	<input type="text"/>	Tarde hora inicio	<input type="text"/>	Tarde hora fin	<input type="text"/>	
De lunes a viernes	<input type="text"/>	4 días/semana	<input type="text"/>	3 días/semana	<input type="text"/>	1-2 días/semana	<input type="text"/>	
Área de Atención en Unidades Residenciales de Día (URD) -atención a externos-		Espacio Diferenciado y Exclusivo		<input type="text"/>	Espacio Compartido con los residentes			<input type="text"/>
Plazas Mañana	<input type="text"/>	Plazas Tarde	<input type="text"/>	Plazas Alternas ¹	<input type="text"/>	Plazas de Fin de Semana	<input type="text"/>	

¹. PLAZAS ALTERNAS.- Plazas que no se ocupan todos los días por el mismo usuario.

F2. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR SEXO, EDAD, ANTIGÜEDAD Y PROCEDENCIA

(Las categorías desagregadas—sexo, grupos de edad...- deben sumar el total de la Ocupación del centro o servicio)

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Hombres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mujeres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Usuarios Tutelados por la Junta de Extremadura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Usuarios Tutelados por familiares	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Menos de 75 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	De 75 a 79 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	De 80 a 84 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	De 85 y más años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANTIGÜEDAD ESTANCIA:			Menos de 1 año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Entre 1 y 3 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Más de 3 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
De la Localidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	De la Comarca (-30 Km.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	De la Región	<input type="text"/>	<input type="text"/>	De Fuera de Extremadura	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F3. USUARIOS CON RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DEPENDENCIA

Con Reconocimiento Oficial de la Dependencia:											
Grado III. Nivel 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Grado III. Nivel 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Grado II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Grado I	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F4. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

USUARIOS QUE NO PUEDEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (sobre el TOTAL de los usuarios):
 • SEIS ACTIVIDADES: *ALIMENTARSE, *LEVANTARSE-ANDAR, *VESTIRSE, *IR SOLO AL RETRETE, *BAÑARSE-DUCHARSE, *CUIDAR SU ASPECTO FÍSICO
 Número de usuarios a 31 de diciembre. Usuarios que NO pueden realizar por sí solos un número de las SEIS actividades mencionadas, CUALES QUIERA QUE SEAN. Se considera que no pueden realizar la actividad por sí mismos cuando el usuario necesita que la realice el cuidador o cuando necesita ayuda o supervisión para realizarla. La suma total de los siete recuadros debe coincidir con la OCUPACIÓN, es decir, UN USUARIO SOLO PUEDE FIGURAR EN UNA DE LAS CASILLAS. Indique "0" si no existe ningún usuario en estas situaciones.

NO pueden realizar NINGUNA	<input type="text"/>	NO pueden realizar 4 de 6	<input type="text"/>	NO pueden realizar 2 de 6	<input type="text"/>	Sí pueden realizar TODAS	<input type="text"/>
NO pueden realizar 5 de 6	<input type="text"/>	NO pueden realizar 3 de 6	<input type="text"/>	NO pueden realizar 1 de 6	<input type="text"/>		<input type="text"/>

F5. INCIDENCIAS A FECHA DE LA DECLARACIÓN (EL 31-DICIEMBRE). Indique "0" si no existe ningún usuario en estas situaciones

Inmovilizados	<input type="text"/>	Incontinentes	<input type="text"/>	Con Polifarmacia (+ 3 medicinas/día)	<input type="text"/>	Con Antidepresivos/Ansiolíticos	<input type="text"/>
Con Problemas de Conducta	<input type="text"/>	Con Demencia	<input type="text"/>	Ciegos o casi ciegos	<input type="text"/>	Sordos o casi sordos	<input type="text"/>
Con Úlceras de Piel	<input type="text"/>	Con Silla de Ruedas	<input type="text"/>	Con Andador	<input type="text"/>	Con Problemas del Lenguaje	<input type="text"/>
Salen de Vacaciones (+1 semana/año)	<input type="text"/>	Se valen para comprar	<input type="text"/>	Reciben visitas (+ 3 visitas/año)	<input type="text"/>	Salen del Centro a pasear	<input type="text"/>
Tienen familiares o amigos en la localidad del centro	<input type="text"/>	Participan voluntariamente en las actividades del centro	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
¿Las incidencias señaladas a 31 de diciembre difieren notablemente de la media de las incidencias que se han producido en todo el año? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							

F6. INCIDENCIAS ANUALES (Suma de los usuarios durante TODO EL AÑO). Indique "0" si no existe ningún usuario en estas situaciones

MOVIMIENTO DE USUARIOS:	Altas/Ingresos	<input type="text"/>	Bajas (incluido fallecidos)	<input type="text"/>	Bajas Voluntarias	<input type="text"/>
INCIDENCIAS VITALES:	Fallecidos	<input type="text"/>	Hospitalizados (núm. residentes)	<input type="text"/>	Hospitalizaciones (núm. de veces)	<input type="text"/>
CUIDADOS ESPECIALES DE ENFERMERÍA:	Con Sondas	<input type="text"/>	Oxigenoterapia	<input type="text"/>	Farmacoterapia compleja que requiera control de enfermería	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	Terapias especiales fuera del centro (diálisis, quimioterapia...)	<input type="text"/>

F7. USUARIOS DE SERVICIOS COMUNITARIOS

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Usuarios de Comedor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Usuarios de Comida a Domicilio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Usuarios de Lavandería	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Usuarios de Teleasistencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>

G. CENTRO DE DÍA, UNIDAD RESIDENCIAL DE DÍA O EMPRESA AYUDA A DOMICILIO/Personal



CENTRO O SERVICIO: _____

G1.	Nº TOTAL DE TRABAJADORES	Del total: Nº de trabajadoras	Del total: Nº trabajadores con discapacidad
------------	--------------------------	-------------------------------	---

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR CATEGORÍAS A 31 DE DICIEMBRE (Indique "0" sin no existe ningún trabajador en estas situaciones)

Cada trabajador a jornada completa se contabiliza como "1", el resto de trabajadores que hagan una jornada menor a 7 horas/día se contabilizan como "0,5". Si un trabajador a jornada completa realiza dos funciones, por ejemplo, cuidador y limpiador, se contabiliza como "0,5" en cada una de las categorías. La suma total de trabajadores por categoría tiene que coincidir con la cantidad anotada arriba de "Total de Trabajadores". No se contabiliza al voluntariado. La titulación se refiere al puesto de trabajo que ocupa el trabajador por contrato.

G2. EN PLANTILLA o CONTRATADOS POR SERVICIOS: Número de trabajadores por categorías y horas de atención por semana sumando las horas de todos los trabajadores de cada categoría en una semana.

	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Cuidadores sin Titulación			Cuidadores con Titulación			ATS/Diplomados en Enfermería			Limpiadores		
Cocineros			Ayudantes de Cocina			Ordenanzas			Personal de Mantenimiento		
Conductores			Cuidadores de Transporte			Administrativos			Director/Supervisores		
TÉCNICOS DE GRADO SUPERIOR											
	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Médicos			Médicos Dietistas			Médicos Psiquiatras			Médico Rehabilitador		
Otros Médicos Especialistas			Psicólogos			Psicopedagogos			Pedagogos		
TÉCNICOS DE GRADO MEDIO											
	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Fisioterapeutas			Psicomotricistas			Logopedas			Maestro especialista en Audición y Lenguaje		
Musicoterapeutas			Terapeutas Ocupacionales								
Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica			Educadores Sociales			Trabajadores Sociales			Técnicos en Nvas. Tecnologías de la Comunicación		
Animadores Socioculturales			Otros Sanitarios			Otros Sociales			Otros de Gestión y Apoyo		
TÉCNICOS ESPECIALISTAS											
	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Profesores de Taller			Monitores/Adjuntos de Taller			Expertos en área ocupacional			Podólogos		
Educadores			Intérpretes Lengua Signo			Orientador/Tec. de Integración					

G3. INCIDENCIAS DEL PERSONAL EN TODO EL AÑO (Las distribuciones por turnos, edad y sexo debe sumar el total de personal)

CUIDADORES														
Cuidadores contratados que ya estaban en plantilla el año anterior a la Declaración				Cuidadores contratados nuevos en plantilla (excepto temporales) el año de la Declaración										
Cuidadores contratados temporales por sustituciones (bajas, despidos, vacaciones)						Cuidadores cualificados (con titulación o con más de 2 años de experiencia en cuidados)								
Cuidadores que han estado de baja laboral por enfermedad o accidente														
Turno de Mañana				Turno de Tarde				Turno de Noche						
Cuidadores Mujeres			Cuidadores Hombres			De 16 a 34 años			De 35 a 49			De 50 y más años		
LIMPIADORES														
Cuidadores contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración						Cuidadores que han estado de baja laboral por enfermedad o accidente								
Limpiadores Mujeres			Limpiadores Hombres			De 16 a 34 años			De 35 a 49			De 50 y más años		
PERSONAL SANITARIO Y PROFESIONALES TÉCNICOS														
Sanitarios contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración						Otros profesionales contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración								
TODO EL PERSONAL														
Bajas definitivas (despidos, abandonos, traslados)						Personal formado (más de 25 horas de formación/año)								

H. FINANCIACIÓN

H1. INGRESOS MEDIOS DEL CENTRO O SERVICIO AL MES

Menos de 5.000 € <input type="checkbox"/>	De 5.001 a 10.000 € <input type="checkbox"/>	De 10.001 a 30.000 € <input type="checkbox"/>	De 30.001 a 60.000 € <input type="checkbox"/>
De 60.001 a 90.000 € <input type="checkbox"/>	De 90.001 a 120.000 € <input type="checkbox"/>	De 120.001 a 150.000 € <input type="checkbox"/>	Más de 150.000 € <input type="checkbox"/>

H2. FUENTES DE FINANCIACIÓN

Indicar la procedencia de los ingresos en PORCENTAJES (es decir, la suma debe coincidir con el 100%)																			
Usuarios				Junta de Extremadura				Ayuntamiento				Diputación				Otras			

H3. COSTE MEDIO ESTIMADO DE LA PLAZA/DÍA DEL CENTRO O SERVICIO

Gasto corriente en el mantenimiento de la plaza dividido por el número de usuarios y por 365 días (Gasto Corriente: alimentación, limpieza, personal, equipamiento...)															
Menos de 15 € <input type="checkbox"/>	De 16 a 25 € <input type="checkbox"/>	De 26 a 35 € <input type="checkbox"/>	De 36 a 45 € <input type="checkbox"/>	De 46 a 55 € <input type="checkbox"/>	De 56 a 65 € <input type="checkbox"/>	De 66 a 75 € <input type="checkbox"/>	Más de 75 € <input type="checkbox"/>								
Si dispone de Unidad Residencial de Día indique coste plaza/día:															
Menos de 15 € <input type="checkbox"/>	De 16 a 25 € <input type="checkbox"/>	De 26 a 35 € <input type="checkbox"/>	De 36 a 45 € <input type="checkbox"/>	De 46 a 55 € <input type="checkbox"/>	De 56 a 65 € <input type="checkbox"/>	De 66 a 75 € <input type="checkbox"/>	Más de 75 € <input type="checkbox"/>								

Declaro que los datos aportados en este documento completo son ciertos. Soy consciente de que la falsedad u ocultación de la información requerida puede conllevar sanciones administrativas contra el centro o la entidad titular.

En a de de



FIRMA DEL DIRECTOR O RESPONSABLE DEL CENTRO O DE LA ENTIDAD
(y sello de la entidad)

Fdo.: