

DECLARACIÓN ANUAL DE CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN EN EXTREMADURA

Modelo B REGISTRO DE CENTROS Y SERVICIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**Formulario para Centros y Servicios Públicos y Privados de Atención para
PERSONAS CON DISCAPACIDAD en Extremadura**

	<i>A rellenar por la Administración</i>	
ÍNDICE	Nº Registro	<input type="text"/>
A. IDENTIFICACIÓN	Año	<input type="text"/>
B. EDIFICIO Y EQUIPAMIENTO	SSB	<input type="text"/>
C. SERVICIOS	ZSS	<input type="text"/>
D. RESIDENCIA: Residentes	GGTT	<input type="text"/>
E. RESIDENCIA: Personal	AUTORIZACIÓN	<input type="text"/>
F. CENTRO DE DÍA: Usuarios	ACREDITADO	<input type="text"/>
G. SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA: Usuarios	CONCERTADO	<input type="text"/>
H. SERVICIO DE HABILITACIÓN FUNCIONAL: Usuarios		<input type="text"/>
I. CENTRO OCUPACIONAL: Usuarios		<input type="text"/>
J. CENTRO DE DÍA, S. ATENCIÓN TEMPRANA, S. HABILITACIÓN FUNCIONAL, CENTRO OCUPACIONAL: Personal		<input type="text"/>

CENTRO O SERVICIO: _____

MUNICIPIO: _____

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA DECLARACIÓN

1. La Declaración Anual de Centros y Servicios de Atención para personas con discapacidad es un documento estadístico de datos mínimos que *deben rellenar obligatoriamente todos los centros públicos y privados*. Esta información queda guardada por la Consejería de Sanidad y Dependencia en el Registro de Entidades prestadoras de servicios del Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX), regulado por Decreto 151/06, de 31 de julio (DOE nº 93), en el cumplimiento de sus competencias, y para velar por el correcto funcionamiento en la prestación de servicios sociales en la Comunidad Autónoma de Extremadura (Ley 5/87, de 23 de abril, DOE nº 37).
2. *Se debe rellenar una declaración por cada centro*. Las hojas A, B y C deben rellenarla todos los centros y servicios. Si se trata de una residencia hay que rellenar las hojas D-residentes y E-personal de residencia, señalando el tipo de residencia. Si en un mismo centro coincidieran dos o los tres servicios residenciales habría que rellenar un impreso de residentes por cada uno de los servicios, así como un impreso de personal por cada servicio residencial. Si se trata de un o varios servicios diurnos deberá rellenar la hoja que le corresponda (hoja F-centro de día; hoja G-servicio de atención temprana; hoja H-servicio de habilitación funcional; hoja I-centro ocupacional), además de la hoja J de personal del servicio diurno. Esta última hoja es válida para todos los servicios diurnos, por lo que si existe más de un servicio se deberá rellenar una hoja de personal de servicio diurno para cada uno de los servicios registrados. Si el centro es una residencia con servicios diurnos se procederá rellenando en la misma Declaración los datos de residencia y los del servicio o servicios diurnos que corresponda.
3. Es imprescindible que la Declaración se entregue *firmada* por el director o responsable del centro o servicio. Sin la firma el documento no tiene validez.
4. Es obligatorio *completar todos los apartados*. Si la Declaración se entrega incompleta será devuelta para ser completada, con la consiguiente pérdida de tiempo y costes de envío.
5. Los datos estadísticos que les solicitamos son *datos agregados*, es decir, no se pide en ningún caso la identificación concreta de ningún usuario o trabajador. Los datos referidos a los usuarios, excepto capacidad y ocupación del centro, y la distribución por edad, sexo y procedencia, tendrán un carácter reservado, solo se mostrará públicamente de forma estadística agrupados en un informe anual. Por otra parte, su entidad *tiene derecho a acceder en cualquier momento a toda la información disponible sobre su centro y a presentar las modificaciones que considere oportunas*.
6. Cuando rellene los datos compruebe si el apartado se refiere a la fecha de la Declaración –31 de diciembre- o a la suma de todo el año.
7. En el cómputo de los residentes o usuarios debe incluir los que estén ausentes por vacaciones o por hospitalización; y en el caso del personal, los que estén de vacaciones o de baja por la causa que sea.
8. En caso de duda con algún residente o usuario en las incidencias de los residentes o usuarios a 31 de diciembre no le incluya en el cómputo. *Los datos deben reflejar casos ciertos y seguros*.
9. Cuando se solicite un número de residentes o usuarios o de personal y no exista ninguno en esa situación indique “0”.
10. *No se admiten tachaduras ni borrones*. Si necesita un nuevo impreso solicítelo al SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SEPAD) Unidad de Control de la Actividad Asistencial y Sistemas de Información (3ª planta). Avda. de las Américas, 4. C.P. 06800 MÉRIDA (Badajoz).
11. *El retraso en la presentación de la Declaración puede conllevar sanciones*.
12. Se recomienda registrar de forma habitual todas las incidencias que se solicitan en la Declaración Anual a lo largo del año.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

FALLECIDOS (Anual)	Número de residentes o de usuarios muertos desde 1 de enero al 31 de diciembre, aunque no hayan sido usuarios todo el año, y aunque hayan fallecido en hospital o durante las vacaciones
HOSPITALIZADOS (Anual)	Número de residentes o de usuarios hospitalizados en el año, independientemente del número de veces que cada uno de ellos haya sido hospitalizado, excluidas las visitas a urgencias que no hayan conducido a hospitalización
HOSPITALIZACIONES (Anual)	Número de veces que se han producido hospitalizaciones (por ejemplo, si un residente o usuario ha sido hospitalizado 3 veces, o si 3 residentes o usuarios han ingresado una vez, el dato sería igualmente “3”)
ACCIDENTADOS (Anual)	Número de residentes o de usuarios que han sufrido caídas, quemaduras, heridas, etc. y que ha sido necesario ponerlo en conocimiento de la dirección o del médico
INMOVILIZADOS (A 31 de dic)	Número de residentes o de usuarios que se encuentran encamados la mayor parte del día; que llevan más de 10 días encamados por la razón que sea; o que están restringidos al sillón, permanecen la mayor parte del día en el sillón y no pueden moverse sin la ayuda de otra persona; y aquellos que usan sillas de ruedas y dependen de otra persona para que los movilice
INCONTINENTES (A 31 de dic)	Número de residentes o de usuarios con incontinencia urinaria o total más de 3 veces por semana
CON DEMENCIA (A 31 de dic)	Número de residentes o de usuarios que tienen diagnóstico médico de demencia o que sin tener el diagnóstico presentan signos evidentes de la misma (conurrencia de pérdida de memoria inmediata o práctica, dificultades en la ejecución de tareas cotidianas, desorientación espacio-temporal, pérdida del juicio, problemas del lenguaje...)
CON PROBLEMAS DE CONDUCTA (A 31 de dic)	Número de residentes o de usuarios que presentan problemas de agitación, agresividad, deambulación, alucinaciones, comportamiento sexual inapropiado, trastornos del sueño, trastornos alimenticios y otros que afecten a la convivencia en el centro o exijan un esfuerzo de vigilancia
CON ÚLCERAS DE PIEL (A 31 de dic)	Número de residentes o de usuarios con úlceras de piel, no se solicita el número de úlceras por usuario ni el tipo
POLIFARMACIA (A 31 de dic)	Número de residentes o de usuarios que toman 3 o más medicamentos al día. Se refiere a medicamentos diferentes, no a las dosis de un mismo fármaco.
CON TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO O ANSIOLÍTICO (A 31 de dic)	Número de residentes o de usuarios que toman fármacos antidepresivos o ansiolíticos

OBSERVACIONES

Anote cualquier sugerencia que crea que puede mejorar la comprensión de los términos y apartados de la Declaración, o facilitar su cumplimentación y presentación:

A. IDENTIFICACIÓN

A1. ENTIDAD TITULAR

1. Entidad propietaria del centro o servicio					2. CIF				
3. SSB		4. ZSS		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		

A2. CLASIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO

SECCIÓN: 1. RESIDENCIA		1.1. Subsección Residencia: De APOYO EXTENSO (1) <input type="checkbox"/> De APOYO LIMITADO (2) <input type="checkbox"/>			2. VIVIENDA TUTELADA <input type="checkbox"/>	
1) Alojamiento, manutención y atención integral 24 horas/día y de plazo indefinido; 2) Alojamiento, manutención y atención integral 24 horas/día y de plazo limitado						
3. CENTRO DE DÍA Independiente <input type="checkbox"/>		4. SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA <input type="checkbox"/>		5. SERVICIO DE HABILITACIÓN FUNCIONAL <input type="checkbox"/>		6. CENTRO OCUPACIONAL <input type="checkbox"/>
CENTRO DE DÍA En Residencia <input type="checkbox"/>		7. TITULARIDAD: Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>				
5. ÁMBITO: Local <input type="checkbox"/> Comarcal (-30 km) <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/>						

A3. CENTRO O SERVICIO

1. Denominación					2. CIF				
3. SSB		4. ZSS		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		4. ZSS		5. Dirección (calle, número, portal)		6. Municipio		7. Cód. Postal	8. Provincia
9. Teléfono Entidad (fijo)		10. Fax Entidad		11. Correo electrónico del 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		19. ZSS		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

Capacidad Residencia	Plazas de Residencia Ocupadas	Capacidad Plazas en Servicios Diurnos	Plazas Ocupadas en Servicios Diurnos	Usuarios Dependientes con Reconocimiento Oficial
----------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--

ANEXO I: PERSONAL TOTAL, DIRECCIONES DE LOS CENTROS Y COMBINACIÓN DE SERVICIOS

12. TOTAL TRABAJADORES en el EDIFICIO PRINCIPAL y HORAS/SEMANA TOTALES DE TODOS LOS TRABAJADORES (centro indicado en la hoja de identificación):	N° Trabajadores:	N° Horas/Semana de todos
---	------------------	--------------------------

A.3.Anexo I. **DIRECCIÓN DE LOS CENTROS DISTINTOS DE LA SEDE PRINCIPAL Y QUE ESTÁN EN LA MISMA LOCALIDAD:**

1. Denominación del Centro o Servicio:				2. CIF			
3. SSB	4. ZSS	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. TOTAL TRABAJADORES*:	13. HORAS/SEMANA TOTALES**:
14. Director o Responsable del Centro (nombre y apellidos)						15. NIF del Director o Responsable	

**Número total de personas que trabaja en este centro; ** Horas a la semana que suman las horas que trabajan todos los trabajadores*

2. Denominación del Centro o Servicio:				2. CIF			
3. SSB	4. ZSS	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. TOTAL TRABAJADORES:	13. HORAS/SEMANA TOTALES:
14. Director o Responsable del Centro (nombre y apellidos)						15. NIF del Director o Responsable	

3. Denominación del Centro o Servicio:				2. CIF			
3. SSB	4. ZSS	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. TOTAL TRABAJADORES:	13. HORAS/SEMANA TOTALES:
14. Director o Responsable del Centro (nombre y apellidos)						15. NIF del Director o Responsable	

4. Denominación del Centro o Servicio:				2. CIF			
3. SSB	4. ZSS	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. TOTAL TRABAJADORES:	13. TOTAL TRABAJADORES:
14. Director o Responsable del Centro (nombre y apellidos)						15. NIF del Director o Responsable	

5. Denominación del Centro o Servicio:				2. CIF			
3. SSB	4. ZSS	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. TOTAL TRABAJADORES:	13. TOTAL TRABAJADORES:
14. Director o Responsable del Centro (nombre y apellidos)						15. NIF del Director o Responsable	

**Añadir formulario de Edificio y Equipamiento por cada centro, aunque tenga que fotocopiar el formulario.*

A.5.Anexo I. **COMBINACIÓN DE SERVICIOS: NÚMERO DE USUARIOS A 31 DE DICIEMBRE QUE RECIBEN MÁS DE UN SERVICIO.**

Servicios	Núm.	Núm.	Núm.	Núm.
RAL+HFuncional+COcupacional		VT+HFuncional+COcupacional		HFuncional+COcupacional
RAL+HFuncional		VT+HFuncional		
RAL+COcupacional		VT +COcupacional		

RAL=Residencia de Apoyo Limitado; VT=Vivienda Tutelada

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 Atención Temprana	<input type="checkbox"/>	Área de Centro de Día.....	<input type="checkbox"/>	Área de 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 Ajuste Personal y Social...	<input type="checkbox"/>	Área Acti. Ocupacionales.....	<input type="checkbox"/>
Despacho Médico.....	<input type="checkbox"/>	Despacho Psicólogo.....	<input type="checkbox"/>	Despacho Trabajador Social.....	<input type="checkbox"/>	Sala de Incontinencia.....	<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"/>	Conserjería.....	<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" si 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 Sala 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 casualmente coincidieran dos superficies y no es el mismo lugar anotar una aclaración

Edificio (interior)		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	
Sala de Atención Temprana		Sala de Tratamiento Psicológico		Sala/s Centro Ocupacional		Sala/s de Ajuste Personal y Social	

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		Taquillas para el personal		Taquillas para Usuarios	
Mesas-sillas control postural							

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"/>	<input type="checkbox"/>
		(los cuidadores son limpiadores)		

C3. EQUIPAMIENTO (Puede añadir equipamientos que no aparezcan en la relación)

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

C4. CENTROS SANITARIOS DE REFERENCIA

Centro de Salud de Referencia
Hospital de Referencia

C5. SERVICIOS DE LA LOCALIDAD UTILIZADOS HABITUALMENTE POR EL CENTRO

D. RESIDENCIA DE APOYO EXTENSO, RESIDENCIA DE APOYO LIMITADO O VIVIENDA TUTELADA/Residentes

(Si el centro dispone de más de un servicio residencial se debe rellenar un formulario para cada servicio)

CENTRO O SERVICIO: _____

D1. OCUPACIÓN/plazas ocupadas

A 31 diciembre			TIPO DE RESIDENCIA:	DE APOYO EXTENSO <input type="checkbox"/>	DE APOYO LIMITADO <input type="checkbox"/>	VIVIENDA TUTELADA <input type="checkbox"/>
----------------	--	--	---------------------	---	--	--

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 otra institución		
De 18 a 30 años			De 31 a 64 años			De 65 a 74 años			De 75 y más años		
GRADO DISCAPACIDAD:			De 33% a 64%			De 65% a 74%			75% y más		
ANTIGÜEDAD ESTANCIA:			Menos de 10 años			Entre 11 y 25 años			Más de 25 años		
PROCEDENCIA (Último domicilio, no se refiere al lugar de nacimiento):			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 Úlceras de Piel			Con Polifarmacia (+ 3 medicinas/día)
Con Demencia				Con Problemas de Conducta				Con Antidepresivos/Ansiolíticos			Con Neurolépticos
Con Silla de Ruedas				Con Andador				Con Problemas del Lenguaje			
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											

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: Fallecidos				Hospitalizados (núm. residentes)				Hospitalizaciones (núm. de veces)			Accidentados
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 DE APOYO EXTENSO, RESIDENCIA DE APOYO LIMITADO O VIVIENDA TUTELADA/Personal

(Si el centro dispone de más de un servicio residencial se debe rellenar un formulario para cada servicio)

TIPO DE RESIDENCIA: DE APOYO EXTENSO DE APOYO LIMITADO VIVIENDA TUTELADA

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 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.

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 /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

Hora inicio			Hora fin		
Área de Atención cuando se presta atención diurna a externos y a internos:			Espacio Diferenciado y Exclusivo para cada grupo <input type="checkbox"/> Espacio Compartido <input type="checkbox"/>		

F2. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR SEXO, EDAD, GRADO DE DISCAPACIDAD, 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					
De 16 a 21 años			De 22 a 30 años			De 31 a 40 años			Mayores de 40 años		
GRADO DISCAPACIDAD:			De 33% a 89%			De 90% a 100%					
ANTIGÜEDAD ESTANCIA:			Menos de 10 años			Entre 11 y 25 años			Más de 25 años		
De la Localidad			De la Comarca (-30 Km.)			De la Región			De Fuera de Extremadura		

F3. USUARIOS CON RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DEPENDENCIA

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

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 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 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				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							

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

Inmovilizados				Incontinentes (+ 3 veces/día)				Con Úlceras de Piel				Con Polifarmacia (+ 3 medicinas/día)			
Con Demencia				Con Problemas de Conducta				Con Antidepresivos/Ansiolíticos				Con Neurolépticos			
Con Silla de Ruedas				Con Andador				Con Problemas de Lenguaje				Se valen para comprar			
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 <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				Bajas (incluido fallecidos)				Bajas Voluntarias							
INCIDENCIAS VITALES:				Fallecidos				Hospitalizados (núm. residentes)				Hospitalizaciones (núm. de veces)				Accidentados			

G. Servicio de ATENCIÓN TEMPRANA/Usuarios

CENTRO O SERVICIO: _____

CUANDO NO EXISTA NINGÚN USUARIO EN LA SITUACIÓN ANOTAR "0".

G1. HORARIO DEL SERVICIO

Hora inicio			Hora fin		
-------------	--	--	----------	--	--

G2. USUARIOS A 31 DE DICIEMBRE (FECHA DE LA DECLARACIÓN) Y SUMA DE TODO EL AÑO DE LA DECLARACIÓN

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Niños			Niñas			Niños en C.E.I.(1)			Niños Escolarizados Ordinario		
Niños en Educación Especial			De 0 a 1 año			De 1 a 3 años			De 4 a 6 años		
Niños por la Mañana			Niños por la Tarde			Niños Tutelados por la Junta de Extremadura			Niños Tutelados por otra institución		
Padres < 25 años			Padres de 25 a 35 años			Padres de 35 a 45 años			Padres más 45 años		
NIÑOS CON RIESGO BIOLÓGICO											
Bajo Peso (<1.500 g) o <28 semanas Gestación			Crecimiento Intrauterino Retardado (C.R.I.)			Hipoxia neonatal (APGAR<3)			Infecciones Sist. Nervioso		
Síndromes Poliformativos			Metabolopatías y Cromoso.			Patología Cerebral			Madre drogodependiente		
Distress Respiratorio			Larga Estancia Hospital			Patología Neurológica			Hipoacusia		
NIÑOS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO:											
Cognitivo			Movilidad			Comunicación/Relación			Sensoriales		
Trastornos Espectro Autismo			Tr. Conductuales Diagnosticados			Tr. Conductuales (todos)(2)			Trastornos Múltiples		
NIÑOS CON RIESGO MEDIOAMBIENTAL:											
Adicciones			Conflicto Familiar			Padres Adolescentes			Malos Tratos Familia		
Salud Mental			Inmigración			Exclusión Social			Deficiencia Intelectual Padres		

1) CEI = Centros de Educación Infantil o Guarderías; 2) Usuarios que están diagnosticados y usuarios que no tienen diagnóstico pero presentan claros signos de trastorno.

G3. USUARIOS POR SERVICIOS PRESTADOS E INTENSIDAD DEL SERVICIO (Según servicio, sesiones niños, sesiones padres)

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Atención Temprana			Con apoyo de Fisioterapia			Con apoyo de Logopedia			Con apoyo de Psicomotricidad		
Niños 1 Sesión/Semana			Niños 2 Sesiones/Semana			Niños 3 Sesiones/Semana			Niños más 3 Sesiones/Semana		
Padres < 3 sesiones			Padres de 4 a 10 ses.			Padres de 11 a 20 ses.			Padres más 20 ses.		

G4. INCIDENCIAS ANUALES DEL SERVICIO (Según horas de atención, altas, incidencias vitales)

Niños con menos 18 horas			Niños con 18 a 36 horas			Niños con 37 a 54 horas			Niños con más de 54 horas		
Niños ingresados en el servicio			Bajas en el servicio (total)			Bajas por cumplir 6 años			Bajas por objetivo logrado		
Bajas por faltas de asistencia			Traslado a centro escolar			Traslado a otro servicio A.T.			Bajas por petición padres		
Accidentados(3)			Hospitalizados(4)			Fallecidos(4)					

3) En el Servicio; 4) Dentro o fuera del Servicio.

G5. EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO (Usuarios de todo el año de la Declaración)

Favorable			Muy Favorable			Sin Resultados Apreciables			Padres implicados(5)		
-----------	--	--	---------------	--	--	----------------------------	--	--	----------------------	--	--

5) Contabilizar a los dos padres como "1". Son los padres que participan u observan las sesiones del niño

G6. USUARIOS POR EVALUACIÓN (Usuarios de todo el año de la Declaración a los que se aplicaron las siguientes escalas(6))

BRUNET-LEZINE			BAYLEY			REYNELL-ZINKIN			PICQ-VAYER		
Mc CARTHY			WPPSI			VINELAND			WISC		

6) Independiente del número de veces que se haya aplicado a cada uno de los usuarios. Es decir, se contabilizan personas y no frecuencia de aplicación de la escala.

H.a. Servicio de HABILITACIÓN FUNCIONAL/Usuarios

CENTRO O SERVICIO: _____

CUANDO NO EXISTA NINGÚN USUARIO EN LA SITUACIÓN ANOTAR "0".

H1. HORARIO DEL SERVICIO

Mañana inicio		Mañana fin		Tarde inicio		Tarde fin	
---------------	--	------------	--	--------------	--	-----------	--

H2. USUARIOS A 31 DE DICIEMBRE (Fecha de la Declaración) Y SUMA DE TODO EL AÑO DE LA DECLARACIÓN

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Hombres			Mujeres			Usuarios Escolarizados		Usuarios Educación Especial
De 6 a 16 años			De 17 a 25 años			De 26 a 45 años		Más de 45 años
Usuarios por la Mañana			Usuarios por la Tarde			Usuarios Mañana y Tarde		Usuarios Tutelados por la Junta de Extremadura
Total De 33% al 45%			Total Del 45% al 65%			Total Más del 65%		Usuarios Tutelados por otra institución
Mujeres De 33% al 45%			Mujeres Del 45% al 65%			Mujeres Más del 65%		

H3. USUARIOS POR SERVICIOS PRESTADOS, INTENSIDAD Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
H.3.1 LOGOPEDIA:								
Trastorno de la Voz			Trastornos de la Audición			Trastornos del Habla		Trastornos Lenguaje Oral
Trastornos Lenguaje Escrito			Trastornos de la Comunicación			Otros Trastornos para la Adaptación		Trastornos Múltiples
Usu. 1 Sesión/Semana			Usu. 2 Sesiones/Semana			Usu. 3 Sesiones/Semana		Usu. más 3 Sesiones/Sem
Usu. < 18 horas/año			Usu. Con 16 a 36 h/año			Usu. Con 37 a 54 h/año		Usu. Con más 54 h/año
USUARIOS EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO			Usuarios con Resultados Favorables/año			Usuarios con Resultados Muy Favorables/año		Usuarios Sin Resultados Apreciables/año
H.3.2 FISIOTERAPIA:								
Electroterapia			Cinesiterapia			Talasoterapia		Hidroterapia
Termoterapia			Crioterapia			Mecanoterapia		Otras
Aparato Locomotor			Disfunciones Fisiológicas			Tensión Muscular		Trastornos Neurológicos
Alteración Percepción			Cuadro de Dolor					
Usu. 1 Sesión/Semana			Usu. 2 Sesiones/Semana			Usu. 3 Sesiones/Semana		Usu. más 3 Sesiones/Sem
Usu. < 18 horas/año			Usu. Con 16 a 36 h/año			Usu. Con 37 a 54 h/año		Usu. Con más 54 h/año
USUARIOS EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO			Usuarios con Resultados Favorables/año			Usuarios con Resultados Muy Favorables/año		Usuarios Sin Resultados Apreciables/año
H.3.3 PSICOMOTRICIDAD:								
Retrasos Motores			Trastornos Motores			Dominancia Lateral		Trastornos de la Praxis
Usu. 1 Sesión/Semana			Usu. 2 Sesiones/Semana			Usu. 3 Sesiones/Semana		Usu. más 3 Sesiones/S
Usu. < 18 horas/año			Usu. Con 16 a 36 h/año			Usu. Con 37 a 54 h/año		Usu. Con más 54 h/año
USUARIOS EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO			Usuarios con Resultados Favorables/año			Usuarios con Resultados Muy Favorables/año		Usuarios Sin Resultados Apreciables/año

H.b. Servicio de HABILITACIÓN FUNCIONAL/Usuarios (continuación)

CENTRO O SERVICIO: _____

CUANDO NO EXISTA NINGÚN USUARIO EN LA SITUACIÓN ANOTAR "0".

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
H.3.4 TERAPIA OCUPACIONAL:											
Autocuidados			Productividad			Ocio/Relaciones Sociales					
Usu. 1 Sesión/Semana			Usu. 2 Sesiones/Semana			Usu. 3 Sesiones/Semana			Usu. más 3 Sesiones/S		
Usu. < 18 horas/año			Usu. Con 16 a 36 h/año			Usu. Con 37 a 54 h/año			Usu. Con más 54 h/año		
USUARIOS EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO			Usuarios con Resultados Favorables/año			Usuarios con Resultados Muy Favorables/año			Usuarios Sin Resultados Apreciables/año		
H.3.5 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:											
Depresión/Ansiedad			Ajuste Familiar			Trastornos Conductuales			Hiperactividad		
Trastorno Disocial			Trastorno Negativista-Desafiante			Trastorno de Personalidad			Otros trastornos de conducta		
Usu. 1 Sesión/Semana			Usu. 2 Sesiones/Semana			Usu. 3 Sesiones/Semana			Usu. más 3 Sesiones/S		
Usu. < 18 horas/año			Usu. Con 16 a 36 h/año			Usu. Con 37 a 54 h/año			Usu. Con más 54 h/año		
USUARIOS EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO			Usuarios con Resultados Favorables/año			Usuarios con Resultados Muy Favorables/año			Usuarios Sin Resultados Apreciables/año		

¹ Mantenimiento y mejora de capacidades para el empleo, la formación...

H3. INCIDENCIAS ANUALES DEL SERVICIO (Según horas de atención, altas, incidencias vitales)

Usuarios ingresados en el servicio		Bajas en el servicio (total)		Bajas por objetivo logrado		Bajas por petición de los padres	
Bajas por faltas de asistencia		Traslado a otro servicio HF					
Accidentados ³⁾		Hospitalizados ⁴⁾		Fallecidos ⁴⁾			

3) En el Servicio. 4) Dentro o fuera del Servicio.

I.a. CENTRO OCUPACIONAL/Usuarios

CENTRO O SERVICIO: _____

CUANDO NO EXISTA NINGÚN USUARIO EN LA SITUACIÓN ANOTAR "0".

I1. HORARIO DEL CENTRO

Mañana inicio		Mañana fin		Tarde inicio		Tarde fin	
---------------	--	------------	--	--------------	--	-----------	--

I2. USUARIOS A 31 DE DICIEMBRE (Fecha de la Declaración) Y SUMA DE TODO EL AÑO DE LA DECLARACIÓN

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Hombres			Mujeres			Usuarios Tutelados por la Junta de Extremadura			Usuarios Escolarizados		
De 16 a 18 años			De 19 a 21 años			De 22 a 40 años			Más de 40 años		
Total De 33% al 45%			Total Del 45% al 65%			Total Más del 65%			Usuarios con transporte del centro		
Mujeres De 33% al 45%			Mujeres Del 45% al 65%			Mujeres Más del 65%					
Usuarios de Localidad			Usuarios de Comarca			Usuarios menos 3 años			Usuarios más 3 años		

ACTIVIDAD OCUPACIONAL.TIPO DE ACTIVIDAD: CLAVE (Indicar la clave en siglas en cada taller)

Ajuste Personal y Social (Adquisición de hábitos,Vida Cotidiana, Relación Entorno)	APS	Ocupación Terapéutica y Orientación Laboral	OTL	Otras Actividades Formativas	AF	Evaluación de los Programas y Trabajo con Familias	EPTF
--	------------	---	------------	------------------------------	-----------	--	-------------

I3. TALLER 1

Denominación	CLAVE		Actividad más destacada o más representativa								
	A 31 dic	Año		A 31 dic	Año		A 31 dic	Año		A 31 dic	Año
Hombres			Mujeres			Monitores Hombres			Monitores Mujeres		
Usuarios 16-25 años			Usuarios más 25 años			Usuarios menos 3 años			Usuarios más 3 años		
Horas por Semana			Horas al Año								

I4. TALLER 2

Denominación	CLAVE		Actividad más destacada o más representativa								
	A 31 dic	Año		A 31 dic	Año		A 31 dic	Año		A 31 dic	Año
Hombres			Mujeres			Monitores Hombres			Monitores Mujeres		
Usuarios 16-25 años			Usuarios más 25 años			Usuarios menos 3 años			Usuarios más 3 años		
Horas por Semana			Horas al Año								

I5. TALLER 3

Denominación	CLAVE		Actividad más destacada o más representativa								
	A 31 dic	Año		A 31 dic	Año		A 31 dic	Año		A 31 dic	Año
Hombres			Mujeres			Monitores Hombres			Monitores Mujeres		
Usuarios 16-25 años			Usuarios más 25 años			Usuarios menos 3 años			Usuarios más 3 años		
Horas por Semana			Horas al Año								

I.b. CENTRO OCUPACIONAL/Usuarios (continuación)

CENTRO O SERVICIO: _____

CUANDO NO EXISTA NINGÚN USUARIO EN LA SITUACIÓN ANOTAR "0".

16. TALLER 4

Denominación			CLAVE		Actividad más destacada o más representativa					
	A 31 dic	Año				A 31 dic	Año		A 31 dic	Año
Hombres			Mujeres		Monitores Hombres			Monitores Mujeres		
Usuarios 16-25 años			Usuarios más 25 años		Usuarios menos 3 años			Usuarios más 3 años		
Horas por Semana			Horas al Año							

17. TALLER 5

Denominación			CLAVE		Actividad más destacada o más representativa					
	A 31 dic	Año				A 31 dic	Año		A 31 dic	Año
Hombres			Mujeres		Monitores Hombres			Monitores Mujeres		
Usuarios 16-25 años			Usuarios más 25 años		Usuarios menos 3 años			Usuarios más 3 años		
Horas por Semana			Horas al Año							

18. TALLER 6

Denominación			CLAVE		Actividad más destacada o más representativa					
	A 31 dic	Año				A 31 dic	Año		A 31 dic	Año
Hombres			Mujeres		Monitores Hombres			Monitores Mujeres		
Usuarios 16-25 años			Usuarios más 25 años		Usuarios menos 3 años			Usuarios más 3 años		
Horas por Semana			Horas al Año							

19. RESTO DE TALLERES

Denominación			CLAVE		Actividad más destacada o más representativa					
	A 31 dic	Año				A 31 dic	Año		A 31 dic	Año
Hombres			Mujeres		Monitores Hombres			Monitores Mujeres		
Usuarios 16-25 años			Usuarios más 25 años		Usuarios menos 3 años			Usuarios más 3 años		
Horas por Semana			Horas al Año							

110. INCIDENCIAS ANUALES DEL SERVICIO (Según horas de atención, altas, incidencias vitales)

Usuarios ingresados	Bajas en el servicio (total)	Bajas por objetivo logrado	Bajas petición padres
Bajas por faltas de asistencia	Traslado a otro Centro Ocupacional	Traslado a Centro Especial de Empleo	
Accidentados ⁽³⁾	Hospitalizados ⁽⁴⁾	Fallecidos ⁽⁴⁾	

3) En el Servicio. 4) Dentro o fuera del Servicio.

J. CENTRO DE DÍA, SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA, SERVICIO DE HABILITACIÓN FUNCIONAL, CENTRO OCUPACIONAL
/Personal (Si el centro dispone de más de un servicio se debe rellenar un formulario para cada servicio)

CENTRO O SERVICIO: _____

J1.	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			Maestros especialistas 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)								

INSTRUCCIONES COMPLEMENTARIAS PARA RELLENAR LA DECLARACIÓN

LEA ATENTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES QUE SE HAN AÑADIDO A LAS INSTRUCCIONES DE LA CARPETA:

- **DOS O MÁS CENTROS EN LA MISMA LOCALIDAD.-** Cuando deba informar de varios centros (edificios) dentro de una misma localidad puede utilizar una sola declaración o cuestionario, en vez de hacer una declaración por cada centro, aunque deberá rellenar en una hoja adjunta los datos de dirección y teléfono de todos los centros o servicios ubicados en la población para su localización. En este caso, también deberá utilizar una copia del formulario de Edificio para informar de las características de cada local.
Esto no es válido para centros de una misma entidad que están en localidades diferentes. En el supuesto de que un mismo servicio esté distribuido en una misma localidad en varios edificios, debe rellenar una sola hoja de usuarios y de personal de este servicio, aunque deberá informar de cada una de las direcciones de los centros.
- **CAPACIDAD EN PLAZAS DEL SERVICIO.-** En el formulario de IDENTIFICACIÓN debe señalar la capacidad de plazas residenciales y las plazas residenciales ocupadas (residencias y viviendas tuteladas). El conjunto de todos los demás servicios se considera "SERVICIOS DIURNOS". Es decir, lo que se denomina "Capacidad plazas en servicios diurnos" es la suma de los posibles usuarios en centro de día, atención temprana, habilitación funcional y centro ocupacional. Y "Ocupación plazas en servicios diurnos" el número de usuarios atendidos en todos estos servicios. Dicho de otra manera, todos los usuarios que no son residentes son de servicios diurnos.
- **COINCIDE EL DATO A 31 DE DICIEMBRE Y LA SUMA DEL AÑO.-** Cuando haya coincidencia en los campos donde se pide datos a 31 de diciembre y la suma de todo el año no es necesario rellenar el dato de la suma del año. Si debe rellenarlo en aquellos campos que solo se pide el dato del año.
- **COINCIDEN LOS USUARIOS EN VARIOS SERVICIOS.-** No importa. Debe rellenar el número de usuarios en cada servicio aunque un mismo usuario pase por más de un servicio al día -o a la semana-. Incluso cuando haya pasado durante el año de un servicio a otro. Lo importante es especificar las horas que reciben el número de usuarios atendidos en el servicio. De tal modo que las horas total prestadas por el centro deben coincidir con las sumas de las horas de cada uno de los servicios.
- **COMBINACIÓN DE SERVICIOS.-** Se debe rellenar el cuadro de la hoja adjunta a la Declaración (Anexo I. A.5) para informar de qué manera se solapan los servicios, indicando cuantos usuarios hay con más de un servicio.
- **COINCIDE EL MISMO PERSONAL PARA VARIOS SERVICIOS.-** Se debe rellenar una hoja de personal (E ó J, según corresponda) por cada servicio, aunque deba fotocopiarla. No importa que el mismo profesional trabaje, por ejemplo, en el centro de día y en el centro ocupacional. En ambos casos se debe contabilizar como un trabajador. Lo importante es diferenciar las horas del profesional, anotar las horas que dedica en cada servicio. No vale anotar todas las horas del profesional en los dos servicios. Por ejemplo, si un terapeuta ocupacional trabaja a jornada completa (=40horas/semana) en el centro de día y en el centro ocupacional, NO debe figurar "40 h/sem" en ambos servicios, sino que deberá anotar cuántas horas de las 40 horas totales de la semana dedica al centro de día, y cuántas dedica al centro ocupacional.
- **TURNOS DE LOS CUIDADORES.-** Se refiere a la fecha de 31 de diciembre. Si un cuidador está en dos turnos se contabilizará en el turno que haga más horas. Si su jornada se reparte por igual entre dos turnos, se elegirá uno solo de los turnos sin importar cuál.

- ***¡Nota Importante!* → NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES.-** Como es posible que un mismo trabajador figure en varios servicios y como en el cuestionario no aparece un campo para conocer el número total de todo el centro, deberá añadir el dato de "NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL CENTRO:" en la hoja adjunta utilizada para indicar la localización de otros centros en la localidad. Por lo tanto, deberá utilizar esta hoja adjunta aunque solo se trate de un solo centro. Además deberá añadir el número total de trabajadores por cada centro diferenciado en la localidad.
- ***¡Nota Importante!* → NÚMERO TOTAL DE HORAS/SEMANA DE TODOS LOS TRABAJADORES DEL CENTRO.-** Aunque se anota las horas/semana de los trabajadores por categorías, se introduce el campo de HORAS TOTALES DE TODOS LOS TRABAJADORES para asegurar la coincidencia de la suma de las horas de todos los trabajadores.

- **CONTABILIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL.-** Se seguirá en todas las distribuciones del personal el criterio de "1" como trabajador a tiempo completo y "0,5" a tiempo parcial. Así, por ejemplo, podría resultar que hay "2,5" limpiadores o "4,5" mujeres. Se contabiliza el equivalente a trabajador completo, no el número entero de personas.
- **FIRMA DE LA DECLARACIÓN.-** Imprescindible, aunque por un error en los impresos disponibles no aparece espacio destinado a la firma -deficiencia que se resolverá cuando se vuelva a imprimir el cuestionario- el responsable de la información debe firmar en la cabecera de la hoja de identificación, o al margen de la hoja, para validar los datos.
- **PUEDE DESPRENDER Y QUEDARSE CON LA HOJA AMARILLA.-** Si registra la entrega de la declaración en la Consejería o en los centros públicos establecidos puede quedarse desde ese momento con la copia amarilla registrada. Si decide enviar por correo sin registrar la Declaración solo se le devolverá la copia amarilla si se le requieren por escrito correcciones a la Declaración. La hoja está pensada, como cualquier copia, como resguardo o simplemente como recuerdo de los datos presentados.