



DECLARACIÓN ANUAL DE CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN EN EXTREMADURA

Modelo C

REGISTRO DE CENTROS Y SERVICIOS

DE **PERSONAS CON TRASTONO MENTAL GRAVE**

A rellenar por la Administración

ÍNDICE

A. IDENTIFICACIÓN

B. EDIFICIO Y EQUIPAMIENTO

C. SERVICIOS

D. RESIDENCIA: Residentes

E. RESIDENCIA: Personal

F. CENTRO/SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: Usuarios

F. CENTRO/SERVICIO DE REHABILITACIÓN LABORAL: Usuarios

F. CENTRO DE OCIO: Usuarios

F. SERVICIO DE ORIENTACIÓN LABORAL: Usuarios

G. CENTRO/SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, DE
REHABILITACIÓN LABORAL, DE OCIO, DE ORIENTACIÓN LABORAL:

Personal

(Rellenar una hoja de "Personal" por cada centro/servicio no residencial declarado)

Nº Registro

Año

SSB

ZSS

GGTT

AUTORIZACIÓN

ACREDITADO

CONCERTADO

CENTRO O SERVICIO: _____

MUNICIPIO: _____

A. IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

A.1 ENTIDAD TITULAR

1. Entidad propietaria del centro o servicio							2. CIF/NIF				
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. Número Total de Centros de Servicios Sociales de la Entidad (incluido el registrado):					En Extremadura			Fuera de Extremadura			

A.2 CLASIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO

SECCIÓN:	1. RESIDENCIA <input type="checkbox"/>	2. VIVIENDA TUTELADA <input type="checkbox"/>	3. CENTRO/SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/>	4. CENTRO DE OCIO <input type="checkbox"/>			
5. CENTRO/SERVICIO DE REHABILITACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/>	5.1 Centro de Rehabilitación Laboral <input type="radio"/>		5.2 Servicio de Rehabilitación Laboral <input type="radio"/>	5.3 Servicio de Orientación Laboral <input type="radio"/>			
6. TITULARIDAD:	Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	7. ÁMBITO:	Local <input type="checkbox"/>	Comarcal (-30 km.) <input type="checkbox"/>	Regional <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>

A.3 CENTRO O SERVICIO

1. Denominación							2. CIF/NIF				
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				

A.4 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/NIF				
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 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"/>			

A.5 PLAZAS (A 31 de diciembre. Se consideran "Servicios Diurnos" todos los que NO son residenciales)

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

B. EDIFICIO Y EQUIPAMIENTO

CENTRO O SERVICIO:

B.1 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. No es válido indicar estos espacios porque el centro tenga potencial para ese uso. No importa que una o más actividades coincidan en un mismo espacio, indique el área si se hace un uso habitual para esa actividad y si se necesita un espacio reservado para desempeñar ese servicio.

B.2 UNIDADES FUNCIONALES DIFERENCIADAS

1. Espacios de Atención Personal

Enfermería	<input type="checkbox"/>	Área de Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	Área Inserción Laboral	<input type="checkbox"/>	Área de Actividades Ocupacionales	<input type="checkbox"/>	Área de Fisioterapia	<input type="checkbox"/>
Área 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"/>		<input type="checkbox"/>
Despacho Psicólogo	<input type="checkbox"/>	Despacho Trabajador Social	<input type="checkbox"/>	Despacho Médico	<input type="checkbox"/>	Otros despachos de Atención Individualizada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<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"/>	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.

B.3 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	

B.4 ZONAS COMUNES (No repita la misma pieza en el recuento, siga como criterio el mayor tiempo de uso)

Nº de Comedores		Nº Salas de Rehabilitación		Nº Salas de Actividades (fin: ocupación)		Nº Aulas (fin: formación)	
Nº Salas de Estar (fin: convivencia)		Nº Aseos Comunes		Nº Salas de Grupo (fin: terapia)		Nº Total de Salas	

B.5 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 (interior)		Habitaciones (total)		Habitación individual más pequeña		Habitación doble más pequeña	
Habitación Triple más pequeña		Comedor/es (total)		Sala/s de Estar (total)		Sala/s Inserción Laboral	
Sala/s de Terapia Ocupacional		Aulas		Sala de Tratamiento Psicológico		Sala de Logopedia	
Sala de Fisioterapia		Sala de Psicomotricidad		Sala/s Ajuste Personal y Social		Sala/s de Actividades de Ocio	
Cocina		Jardín/Patio					

B.6 EQUIPAMIENTO (Número total de unidades a 31 diciembre)

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	
Cámaras de Vídeo en el interior							

C. SERVICIOS

CENTRO O SERVICIO:

Se considera que el centro o el servicio tiene atención especializada si se presta por un profesional debidamente acreditado, y contratado o en plantilla a 31 de diciembre.

C.1 CUIDADOS PERSONALES									
Admite Dependientes	<input type="checkbox"/>	Atención de Enfermería	<input type="checkbox"/>	Psicólogo en plantilla	<input type="checkbox"/>	Psicólogo contratado	<input type="checkbox"/>	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria	<input type="checkbox"/>	Ajuste Personal y Social	<input type="checkbox"/>	Atención Psicológica	<input type="checkbox"/>	Atención Psicológica Grupal	<input type="checkbox"/>	Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/>
Rehabilitación Laboral	<input type="checkbox"/>	Formación para el empleo	<input type="checkbox"/>	Prácticas en empresas	<input type="checkbox"/>	Empleo con Apoyos	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	<input type="checkbox"/>
Psicomotricidad	<input type="checkbox"/>	Musicoterapia	<input type="checkbox"/>	Educación Familiar	<input type="checkbox"/>	Unidad de Demencia	<input type="checkbox"/>	Estimulación Cognitiva	<input type="checkbox"/>
Logopedia	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>	Peluquería	<input type="checkbox"/>	Gimnasia/Deportes	<input type="checkbox"/>	Actividades Culturales	<input type="checkbox"/>
Voluntariado	<input type="checkbox"/>	Actividades al Aire Libre	<input type="checkbox"/>	Acompañamiento en Salidas	<input type="checkbox"/>	Dietética	<input type="checkbox"/>	Telealarma con dispositivos personales	<input type="checkbox"/>
C.2 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 <small>(los cuidadores son limpiadores)</small>	<input type="checkbox"/>	Empresa Privada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
C.3 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 <small>(+100 libros y préstamo)</small>	<input type="checkbox"/>
Transporte Adaptado	<input type="checkbox"/>	Teléfono en habitaciones	<input type="checkbox"/>	Frigorífico para usuarios en zona común	<input type="checkbox"/>	Admite Animales	<input type="checkbox"/>	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"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C.4 CENTROS SANITARIOS DE REFERENCIA									
Centro de Salud/Unidad de Referencia									
Hospital de Referencia									
C.5 SERVICIOS DE LA LOCALIDAD UTILIZADOS HABITUALMENTE POR EL CENTRO									

D.a RESIDENCIA 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:

A 31 diciembre

D.1 OCUPACIÓN/plazas ocupadas

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

D.2 DISTRIBUCIÓN DE RESIDENTES POR SEXO, EDAD, GRADO DE DISCAPACIDAD, ANTIGÜEDAD Y PROCEDENCIA:

	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 18 a 30 años			De 31 a 65 años			De 66 a 75 años			Mayores de 75 años		
GRADO DISCAPACIDAD:			De 33% a 64%			De 65% a 74%			75% y más		
ANTIGÜEDAD ESTANCIA (Todos los usuarios)			Menos de 1 año			Entre 1 y 3 años			Más de 3 años		
ANTIGÜEDAD USU. EN ESTANCIA TEMPORAL			Menos de 1 mes			Entre 1 y 6 meses			Más de 6 meses		
Último domicilio (NO se refiere al lugar de nacimiento):											
De la Localidad			De la Comarca (-30 Km.)			De la Región			De Fuera de Extremadura		

D.3 RESIDENTES CON RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

Con Reconocimiento Oficial de la Dependencia:

Grado III. Nivel 2 | | | Grado III. Nivel I | | | Grado II | | | Grado I | | |

D.4 DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES POR LA 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 | | |

D.5 DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES POR PATOLOGÍA

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Esquizofrenia			Otros Trastornos Psicóticos			Depresión Grave			Obsesivo Compulsivo Grave		
Bipolares			Trastornos de Personalidad								

D.6 DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES POR EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA

Menos de 2 años | | | A 31 dic | | | De 2 a 5 años | | | A 31 dic | | | De 6 a 10 años | | | A 31 dic | | | Más de 10 años | | | A 31 dic

D.7 DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES POR EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

D.7.1 Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale). A 31 de diciembre

De 0 a 12 puntos | | | A 31 dic | | | De 13 a 24 puntos | | | A 31 dic | | | De 25 a 36 puntos | | | A 31 dic | | | De 37 a 48 puntos | | | A 31 dic

D.7.2 Escala EEAG (Evaluación de la Actividad Global). A 31 de diciembre

De 91 a 100 puntos | | | A 31 dic | | | De 61 a 70 puntos | | | A 31 dic | | | De 31 a 40 puntos | | | A 31 dic | | | De 1 a 10 puntos | | | A 31 dic

De 81 a 90 puntos | | | De 51 a 60 puntos | | | De 21 a 30 puntos | | | 0 puntos | | |

De 71 a 80 puntos | | | De 41 a 50 puntos | | | De 11 a 20 puntos | | | SIN EVALUAR | | |

D.b RESIDENCIA O VIVIENDA TUTELADA/Residentes

(continuación)

CENTRO O SERVICIO:

D.8 INCIDENCIAS DE LOS USUARIOS 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		Necesitan Supervisión Continua				
Necesitan Supervisión fuera del centro		Drogodependientes		Alcohólicos						
Salen de Vacaciones (+1 semana/año)		Se valen para comprar		Reciben visitas (+ 3 vistas/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"/>

D.9 INCEDENCIAS 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)		Hospitalizados en Unidades Psiquiátricas	
En hospital menos de 1 mes	En hospital entre 1-3 meses		En hospital más de 3 meses		Accidentados	
CUIDADOS ESPECIALES DE ENFERMERÍA: Con Sondas	Oxigenoterapia		Farmacoterapia compleja que requiera control de enfermería		Terapias especiales fuera del centro (diálisis, quimioterapia...)	

D.10 INGRESOS EN EL CENTRO/SERVICIO: VÍAS DE INGRESO (Procedencia de los usuarios. Año de la Declaración)

Número usuarios:	Nº Todo el Año		Nº Todo el Año		Nº Todo el Año		Nº Todo el Año
Hospitales/Unidades Hospitalarias	Unidades de Salud Mental		Traslado de otra residencia		Centros de Rehabilitación Psicosocial		
Centros/Servicios de Rehabilitación Laboral	Centros de Ocio						
					No Admitidos		

D.11 BAJAS: RESIDENTES SEGÚN CAUSAS DE BAJA (Año de la Declaración)

Número usuarios:	Nº Todo el Año		Nº Todo el Año		Nº Todo el Año		Nº Todo el Año
Incorporación laboral	Formación prolongada		Derivación a otro recurso social		Abandono voluntario		
Decisión familiar	Descompensación prolongada		Invalidez absoluta		Expulsiones definitivas		
Expulsiones temporales	Inadecuación del recurso		Fallecimiento		Otras causas		

D.12 ESTANCIAS TEMPORALES (a 31 de diciembre)

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

E.a RESIDENCIA O VIVIENDA TUTELADA/Personal

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

RESIDENCIA

VIVIENDA TUTELADA

CENTRO O SERVICIO:

E.1 Nº TOTAL DE TRABAJADORES

Del total: Nº de trabajadoras

Del total: Nº de 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 desempeñen 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 de "Total Trabajadores". No se contabiliza al voluntariado. La titulación se refiere al puesto de trabajo que ocupa el trabajador por contrato, y no a los posibles títulos que tenga sin estar contratado para esa categoría.

Núm. de trabajadores por categorías y horas de atención por semana sumando las horas de todos los trabajadores de cada categoría en una semana.

E.2 PERSONAL EN PLANTILLA O CONTRATADO PARA UN SERVICIO

	Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana	
Cuidadores con titulación de...												
Certificado Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones ¹						Título Auxiliar de Enfermería (R. Dec. 546/1995) o equivalente						
Certificado Atención Sociosanitaria a Personas en Domicilio ²						Título Atención Sociosanitaria (R. Dec. 1368/2007)						
Certificado Auxiliar de Ayuda en Domicilio (R. Dec. 331/1997)						Sin Cualificación pero con más de 300 horas de formación en cuidados						
Sin Cualificación						1) R. Dec. 1368/2007, R. Dec. 496/2003, R. Dec. 1379/2008; 2) R. Dec. 295/2004 y R. Dec. 1379/2008						
Personal en general												
Cuidadores sin Titulación			Cuidadores con Titulación			Diplomados Enfermería/ats				Limpiadores		
Cocineros			Ayudantes de Cocina			Ordenanzas				Personal Mantenimiento		
Conductores			Cuidadores de Transporte			Administrativos				Director*/Supervisores		
Técnicos de Grado Superior												
	Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana	
Psicólogos			Psicopedagogos			Pedagogos				Médico Rehabilitador		
Médicos Psiquiatras			Médico			Médicos Dietistas				Otros Médicos Especialistas		
Técnicos de Grado Medio												
	Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana	
Fisioterapeutas			Psicomotricistas			Logopedas				Audición y Lenguaje		
Músicoterapeutas			Terapeutas Ocupacionales			Educadores Sociales				Animadores Socioculturales		
Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica			Trabajadores Sociales			Técnicos en Nvas. Tecnologías de la Comunicación						
			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				Educadores		
Orientador/Tec. de Integración												

* Si el director/a realiza otras funciones profesionales dentro del centro deberá contabilizarse, siguiendo la norma general, como 0,5 "director" y 0,5 "profesional".

E.b RESIDENCIA O VIVIENDA TUTELADA/Personal

(continuación)

CENTRO O SERVICIO:

E.3 CUIDADORES (incidencias de todo el año y turnos y distribución por sexo y edad a 31 de diciembre)									
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	
E.4 LIMPIADORES									
Limpiadores contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración			Limpiadores que han estado de baja laboral por enfermedad o accidente						
TODOS LOS LIMPIADORES									
Limpiadores Mujeres		Limpiadores Hombres		De 16 a 34 años		De 35 a 49		De 50 y más años	
E.5 PERSONAL SANITARIO Y OTROS PROFESIONALES									
Sanitarios contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración			Otros profesionales contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración						
E.6 TODO EL PERSONAL (Todo el año)									
Bajas definitivas (despidos, abandonos, traslados)			Personal formado (más de 25 horas de formación/año)						

F.a CENTRO-SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL/REHABILITACIÓN LABORAL/DE OCIO/ORIENTACIÓN LABORAL/**Usuarios**

CENTRO O SERVICIO:

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

F.1 HORARIO DEL CENTRO

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

F.2 DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS POR SEXO, EDAD, GRADO DE DISCAPACIDAD, ANTIGÜEDAD Y PROCEDENCIA:

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Hombres			Mujeres			Usuarios Tutelados					
De 18 a 30 años			De 31 a 65 años			De 66 a 75 años			Mayores de 75 años		
GRADO DISCAPACIDAD:			De 33% a 64%			De 65% a 74%			75% y más		
ANTIGÜEDAD ESTANCIA (Todos los usuarios)			Menos de 1 año			Entre 1 y 3 años			Más de 3 años		
Último domicilio (NO se refiere al lugar de nacimiento):											
De la Localidad			De la Comarca (-30 Km.)			De la Región			De Fuera de Extremadura		

F.3 USUARIOS CON RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

Con Reconocimiento Oficial de la Dependencia:

Grado III. Nivel 2	Grado III. Nivel 1	Grado II	Grado I
--------------------	--------------------	----------	---------

F.4 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR LA 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	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	

F.5 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR PATOLOGÍA

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Esquizofrenia			Otros Trastornos Psicóticos			Depresión Grave			Obsesivo Compulsivo Grave		
Bipolares			Trastornos de Personalidad								

F.6 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA

Menos de 2 años	De 2 a 5 años	De 6 a 10 años	Más de 10 años
-----------------	---------------	----------------	----------------

F.7 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

F.7.1 Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale). A 31 de diciembre

De 0 a 12 puntos	De 13 a 24 puntos	De 25 a 36 puntos	De 37 a 48 puntos
------------------	-------------------	-------------------	-------------------

F.7.2 Escala EEAG (Evaluación de la Actividad Global). A 31 de diciembre

De 91 a 100 puntos	De 61 a 70 puntos	De 31 a 40 puntos	De 1 a 10 puntos
De 81 a 90 puntos	De 51 a 60 puntos	De 21 a 30 puntos	0 puntos
De 71 a 80 puntos	De 41 a 50 puntos	De 11 a 20 puntos	SIN EVALUAR

**F.b CENTRO-SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL/REHABILITACIÓN
LABORAL/DE OCIO/ORIENTACIÓN LABORAL/Usuarios**

(continuación)

F.9 INCEDENCIAS 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 (total)		Bajas Voluntarias	
INCIDENCIAS VITALES: Fallecidos		Hospitalizados (núm. residentes)		Hospitalizaciones (núm. de veces)		Hospitalizados en Unidades Psiquiátricas	
En hospital menos de 1 mes		En hospital entre 1-3 meses		En hospital más de 3 meses		Accidentados	

F.10 INGRESOS EN EL CENTRO/SERVICIO: VÍAS DE INGRESO (Procedencia de los usuarios. Año de la Declaración)

Número usuarios:	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año
Hospitales/Unidades Hospitalarias	Unidades de Salud Mental	Residencias	Centros de Rehabilitación Psicosocial	
Centros/Servicios de Rehabilitación Laboral	Centros de Ocio	Otras vías	No Admitidos	

F.11 BAJAS: USUARIOS SEGÚN CAUSAS DE BAJA (Año de la Declaración)

Número usuarios:	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año
Incorporación laboral	Formación prolongada	Derivación a otro recurso social	Abandono voluntario	
Decisión familiar	Descompensación prolongada	Invalidez absoluta	Expulsiones definitivas	
Expulsiones temporales	Inadecuación del recurso	Fallecimiento	Otras causas	

F.12 USUARIOS EN FORMACIÓN O EN PRÁCTICAS EN EMPRESAS

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
En Curso Ordinario o Formación Reglada			En Formación en Recurso Protegido			En Prácticas NO Remuneradas			En Prácticas Remuneradas		
Menos de 10 horas de Prácticas			De 10 a 20 horas de Prácticas			De 21 a 30 horas de Prácticas			Más de 30 horas de Prácticas		

F.13 INCORPORACIÓN LABORAL DE LOS USUARIOS: Usuarios según acceso al empleo

Número usuarios:	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año	Nº Todo el Año
A EMPLEO ORDINARIO	A EMPLEO PROTEGIDO			
A Centro Especial de Empleo	Empleo con Apoyos en empresas ordinarias	Empleo de Transición	En Empresas de Inserción Laboral	

F.14 INCORPORACIÓN LABORAL DE LOS USUARIOS: Condiciones del empleo obtenido

Número de usuarios que recibieron Formación, Prácticas, Orientación Laboral o Seguimiento Laboral en los dos últimos años de los que se tiene conocimiento

Número usuarios:	Nº A 31 dic	Nº A 31 dic	Nº A 31 dic	Nº Todo el Año
En Jornada Completa	A Tiempo Parcial	Contrato Por Horas	Menos de 6 meses trabajando	
Contrato Indefinido	Contrato Temporal	Empleo de Transición	Más de 6 meses trabajando	

F.15 SEGUIMIENTO DE USUARIOS

Número de usuarios que reciben seguimiento individualizado por el centro o servicio

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
Por empleo, en el centro de rehabilitación			Por empleo, en el centro de trabajo			Por Prácticas			Por Formación		

F.16 ENTIDADES COLABORADORAS (Nombre y municipio. Todo el año de la Declaración)

Entidades que han empleado:	Entidades que han facilitado Prácticas:	Entidades que han Formado:

G.a CENTRO-SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL/REHABILITACIÓN LABORAL/DE OCIO/ORIENTACIÓN LABORAL/Personal

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

C/S REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL C/S REHABILITACIÓN LABORAL C/S OCIO S. DE ORIENTACIÓN LABORAL

CENTRO O SERVICIO:

E.1 N° TOTAL DE TRABAJADORES

Del total: N° de trabajadoras

Del total: N° de 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 desempeñen 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 de "Total Trabajadores". No se contabiliza al voluntariado. La titulación se refiere al puesto de trabajo que ocupa el trabajador por contrato, y no a los posibles títulos que tenga sin estar contratado para esa categoría.

Núm. de trabajadores por categorías y horas de atención por semana sumando las horas de todos los trabajadores de cada categoría en una semana.

E.2 PERSONAL EN PLANTILLA O CONTRATADO PARA UN SERVICIO

	Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana
Cuidadores con titulación de...											
Certificado Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones ¹						Título Auxiliar de Enfermería (R. Dec. 546/1995) o equivalente					
Certificado Atención Sociosanitaria a Personas en Domicilio ²						Título Atención Sociosanitaria (R. Dec. 1368/2007)					
Certificado Auxiliar de Ayuda en Domicilio (R. Dec. 331/1997)						Sin Cualificación pero con más de 300 horas de formación en cuidados					
Sin Cualificación						1) R. Dec. 1368/2007, R. Dec. 496/2003, R. Dec. 1379/2008; 2) R. Dec. 295/2004 y R. Dec. 1379/2008					
Personal en general											
Cuidadores sin Titulación				Cuidadores con Titulación			Diplomados Enfermería/ats				Limpiadores
Cocineros				Ayudantes de Cocina			Ordenanzas				Personal Mantenimiento
Conductores				Cuidadores de Transporte			Administrativos				Director*/Supervisores
Técnicos de Grado Superior											
	Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana
Psicólogos				Psicopedagogos			Pedagogos				Médico Rehabilitador
Médicos Psiquiatras				Médico			Médicos Dietistas				Otros Médicos Especialistas
Técnicos de Grado Medio											
	Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana		Núm	Horas Semana
Fisioterapeutas				Psicomotricistas			Logopedas				Audición y Lenguaje
Músicoterapeutas				Terapeutas Ocupacionales			Educadores Sociales				Animadores Socioculturales
Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica				Trabajadores Sociales			Técnicos en Nvas. Tecnologías de la Comunicación				
				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				Educadores
Orientador/Tec. de Integración											

* Si el director/a realiza otras funciones profesionales dentro del centro deberá contabilizarse, siguiendo la norma general, como 0,5 "director" y 0,5 "profesional".

**G.b CENTRO-SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL/REHABILITACIÓN
LABORAL/DE OCIO/ORIENTACIÓN LABORAL/Personal**

(continuación)

CENTRO O SERVICIO:

E.3 CUIDADORES (incidencias de todo el año y turnos y distribución por sexo y edad a 31 de diciembre)										
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
E.4 LIMPIADORES										
Limpiadores contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración			Limpiadores que han estado de baja laboral por enfermedad o accidente							
TODOS LOS LIMPIADORES										
Limpiadores Mujeres			Limpiadores Hombres			De 16 a 34 años		De 35 a 49		De 50 y más años
E.5 PERSONAL SANITARIO Y OTROS PROFESIONALES										
Sanitarios contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración			Otros profesionales contratados nuevos en plantilla el año de la Declaración							
E.6 TODO EL PERSONAL (Todo el año)										
Bajas definitivas (despidos, abandonos, traslados)			Personal formado (más de 25 horas de formación/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, y 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:

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA DECLARACIÓN

1. La Declaración Anual de Centros y Servicios de Atención para personas con Trastorno Mental Grave es un documento de datos mínimos que *deben rellenar obligatoriamente todos los centros y servicios públicos y privados* que presten atención de servicios sociales o sociosanitarios a personas que sufran enfermedad mental. Esta información queda guardada por la Consejería de Sanidad y Dependencia en el Registro a tal efecto.
2. *Se debe rellenar una declaración por cada centro o servicio.* Si el centro dispone de un servicio residencial y un servicio diurno no residencial puede utilizar un solo cuestionario. Si dispone de más de un servicio diurno no residencial (centro/servicio de Rehabilitación Psicosocial, centro/servicio de Rehabilitación Laboral o centro de ocio o servicio de Orientación Laboral) tiene que repetir tantas hojas de usuarios (F) y de personal (G) como servicios disponga.
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 el 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 Calidad 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.

Para más información: registro.sepad@juntaextremadura.es ; Teléfono: 924-00 59 39