

**A. IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN**

**A1. ENTIDAD TITULAR**

1. Entidad propietaria del servicio						2. NIF/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 (debe ser distinto del correo del servicio)							
12. Responsable o Representante de la Entidad (nombre y apellidos)								13. NIF del Responsable o Representante					
<b>14. Tipo Titular:</b> 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"/>													
15. Núm. Total de Centros de Servicios Sociales de la Entidad (incluido el registrado):						En Extremadura			Fuera de Extremadura				

**A2. CLASIFICACIÓN DEL SERVICIO**

1. TITULARIDAD: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>				2. ÁMBITO: Local <input type="checkbox"/> Comarcal (-30 km) <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/>			
---	--	--	--	--	--	--	--

**A3. DENOMINACIÓN Y DOMICILIO FISCAL DEL SERVICIO**

1. Denominación del Servicio						2. NIF/CIF							
3. SSB		4. ZSS		5. Dirección Servicio (calle, número, portal)				6. Municipio		7. Cód. Postal		8. Provincia	
9. Teléfono Servicio (fijo)		10. Fax Servicio				11. Correo Electrónico del Servicio/Responsable del Servicio							
12. Director/a o Responsable del Servicio (nombre y apellidos)								13. NIF del Director/a 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. NIF/CIF							
3. SSB		4. ZSS		5. Dirección Entidad (calle, número, portal)				6. Municipio		7. Cód. Postal		8. Provincia	
9. Teléfono Entidad Gestora (fijo)		10. Fax Entidad Gestora				11. Correo electrónico de la Entidad Gestora (debe ser distinto del correo del titular y del correo del servicio)							
12. Responsable Entidad Gestora que rellena el cuestionario (nombre y apellidos)								13. NIF del Responsable Gestor					
14. Cargo/Puesto de trabajo en la Entidad		15. Teléfono del Responsable Gestor		16. Fax del Responsable Gestor		17. Correo electrónico del Responsable Gestor							
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 Gestora)													
18. SSB		19. ZSS		20. Dirección Sede (calle, número, portal)				21. Municipio		22. Cód. Postal		23. Provincia	
<b>24. Tipo Gestor:</b> 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. USUARIOS (A 31 de diciembre. Todos los usuarios, sean o no beneficiarios de las ayudas del Sistema de Atención a la Dependencia)**

Total Usuarios	Usuarios SOLO AYUDA DOMÉSTICA 65 y más años	Usuarios con CUIDADOS PERSONALES* 65 y más años	Usuarios SOLO AYUDA DOMÉSTICA menos 65 años	Usuarios CON CUIDADOS PERSONALES* menos 65 años
----------------	---	---	---	---

\* Aunque también disfruten de ayuda doméstica



**C.I. SERVICIOS**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

Servicios que ofrece a 31 diciembre: (Se considera que el Servicio tiene atención especializada si se presta por un profesional debidamente acreditado, en plantilla o contratado a 31 de diciembre). Si el Servicio de Comidas está incluido en el Servicio de Ayuda a Domicilio rellene el siguiente apartado C.3. Pero si se trata de una entidad que se dedica a la prestación de Comida a Domicilio debe rellenar una declaración con sus datos de identificación y localización (hoja A) y este mismo apartado.

**C1. CARTERA DE SERVICIOS (A 31 de diciembre)**

SERVICIOS BÁSICOS DE AYUDA A DOMICILIO:	AYUDA DOMÉSTICA (limpieza, comida, lavado, plancha...) <input type="checkbox"/>	CUIDADOS PERSONALES (aseo, movilización, alimentación, medicación) <input type="checkbox"/>
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:	COMIDAS A DOMICILIO <input type="checkbox"/>	LAVANDERÍA A DOMICILIO <input type="checkbox"/> TELEASISTENCIA <input type="checkbox"/>

**C2. ATENCIÓN BÁSICA DEL SERVICIO (Conjunto de atenciones o cuidados incluidos como servicio básico. A 31 de diciembre)**

Elaborar comida <input type="checkbox"/>	Limpieza/ordenar casa y hacer la cama <input type="checkbox"/>	Lavado/plancha ropa <input type="checkbox"/>	Mantenimiento hogar <input type="checkbox"/>	Aseo personal y funciones de eliminación <input type="checkbox"/>
Alimentación <input type="checkbox"/>	Movilización usuario, vestirle, arreglar aspecto físico <input type="checkbox"/>	Control Medicación <input type="checkbox"/>		

**C3. COMIDAS (COMIDA A DOMICILIO; COMEDOR Y COMIDA PARA LLEVAR -si estos dos servicios están vinculados al Servicio de Ayuda a Domicilio-)**

UBICACIÓN DE LA COCINA: En el domicilio del usuario  Cocina propia en edificio del servicio domiciliario  Cocina de residencia o centro de día  Por encargo (catering) a empresa de comidas

Rellenar datos de identificación de la entidad si la entidad proveedora de las comidas no coincide con la entidad prestadora del servicio básico de Ayuda a Domicilio, o si se trata de una entidad que se dedica a prestar el servicio de comidas a domicilio a personas en situación de dependencia, aunque no preste el servicio básico de SAD:

1. Entidad prestadora del servicio de comidas		2. NIF/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	
<b>A rellenar por todas las entidades que presten servicio de comidas (A 31 de diciembre):</b>		<b>Núm. de Usuarios</b>	
		+65 años	<65 años
12. TOTAL USUARIOS DE COMIDA A DOMICILIO		13. TOTAL USUARIOS DEL SAD EN COMEDOR/COMIDA PARA LLEVAR EN UN CENTRO DE LA ENTIDAD	
14. Usuarios con servicio de comidas que reciben CUIDADOS PERSONALES		15. Usuarios con servicio de comidas y con GRADO DE DEPENDENCIA reconocido	
16. Usuarios con servicio de comidas y con el SERVICIO DE LAVANDERÍA		17. Usuarios con servicio de comidas y con el SERVICIO DE TELEASISTENCIA	

**C4. LAVANDERÍA**

UBICACIÓN DEL LAVADO/PLANCHADO DE LA ROPA: En el domicilio del usuario  Lavandería propia en edificio del servicio  Lavandería de residencia o centro de día  Lavandería contratada

Rellenar datos de identificación de la entidad si la entidad proveedora de la lavandería no coincide con la entidad prestadora del servicio básico de Ayuda a Domicilio

1. Entidad prestadora del servicio de lavandería		2. NIF/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	

A rellenar por todas las entidades que presten servicio de lavandería (a 31 de diciembre)

	<b>Núm. de Usuarios</b>		<b>Núm.</b>	<b>Núm.</b>
	+65 años	<65 años	13. Máximo Recogidas de ropa/usuario al mes	14. Máximo DÍAS para devolución ropa
12. TOTAL USUARIOS DE LAVANDERÍA			15. Máximo KILOS de ropa/usuario/recogida	16. Capacidad Lavado en kg ropa/hora
17. Capacidad Planchado Kg ropa/hora			18. ¿Alquila ropa? (uniformes, toallas, servilletas, etc.) (Indique SÍ o NO)	19. ¿Dispone de Taller de Costura y Reparación de prendas? (SÍ/NO)

**C.II. SERVICIOS (continuación)**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

Si la Teleasistencia está incluida en el Servicio de Ayuda a Domicilio rellene los siguientes apartados C.5 y C.6. Si su entidad se dedica a la prestación de Teleasistencia debe rellenar una declaración con sus datos de identificación y localización (hoja A) y estos mismos apartados. Los servicios públicos de Teleasistencia que dependen de la Diputación no necesitan especificar las características de la centralita.

**C5. TELEASISTENCIA**

ÁMBITO DEL SERVICIO    Local <input type="checkbox"/> Comarcal <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/>			
Rellenar datos de identificación de la entidad si la entidad proveedora de Teleasistencia no coincide con la entidad prestadora del servicio básico de Ayuda a Domicilio, o si se trata de una entidad que se dedica a prestar el servicio de comidas a domicilio a personas en situación de dependencia, aunque no preste el servicio básico de SAD:			
1. Entidad prestadora del servicio de Teleasistencia			2. NIF/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
12. Modelo y Características de la Centralita de Teleasistencia y ubicación:			
13. SSB		14. ZSS	15. Dirección (calle, número, portal)
			16. Municipio Centralita
			17. Cód. Postal    18. Provincia
19. Teléfono de Teleasistencia		20. Características y modelo del dispositivo del usuario para activar la telealarma:	
A rellenar por todas las entidades que presten teleasistencia (A 31 de diciembre):			
		<b>Núm. de Usuarios</b>	<b>AÑO DE LA DECLARACIÓN</b>
		+65 años    <65 años	Núm. de Llamadas (suma de todo el año)
21. Usuarios del Servicio Básico de Ayuda a Domicilio con Teleasistencia			24. Alarmas que requirieron aviso al Teléfono de Emergencias 112
22. Usuarios SOLO de Teleasistencia, SIN Servicio Básico de Ayuda a Domicilio			25. Alarmas de emergencia sanitaria
23. SERVICIOS OFERTADOS MEDIANTE TELEASISTENCIA:			26. Alarmas de emergencia social
			27. Alarmas por crisis de soledad/angustia
			28. Alarmas por otras causas

**C6. RECURSOS Y DISPOSITIVOS PROPIOS DE LA ENTIDAD DE TELEASISTENCIA (A 31 de diciembre)**

1. Nº Total de Operadores para la centralita	2. Nº Operadores de centralita con más de 1 año de antigüedad	3. Número de Líneas Telefónicas	4. Nº de empleados para asistencia en domicilio
Señalar solo si estos dispositivos están disponibles para todos los usuarios y si hay, al menos, cinco usuarios actualmente con el dispositivo			
5. Detectores de caídas <input type="checkbox"/>		6. Detectores de gas o humo <input type="checkbox"/>	7. Dispensadores de medicación <input type="checkbox"/>
			8. Sensores de ocupación del sillón <input type="checkbox"/>
9. Sensores de apertura del Frigorífico o Microondas <input type="checkbox"/>		10. Dispositivo adaptado a deficiencias sensoriales <input type="checkbox"/>	11. Sistema GPS para localización usuario <input type="checkbox"/>
			12. Nº de Vehículos o unidades móviles de asistencia
13. Modelo y Características Grupo Electrónico:			

**C.III. SERVICIOS (continuación)**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

**C7. SERVICIOS VARIOS A DOMICILIO** (Complementarios al Servicio Básico de Ayuda a Domicilio). A 31 de diciembre y en todo el AÑO de la declaración, cuando así se especifique.

Indique el número de usuarios que reciben estos servicios, aunque se repita la misma persona en distintos servicios. Aunque sean servicios que no se graven en la tarifa, sino que están incluidos en el coste del servicio básico. Se pueden añadir servicios que no se mencionen.					
	Núm. de Usuarios			Núm. de Usuarios	
	+65 años	<65 años		+65 años	<65 años
1. Gestiones varias (compras, banco, farmacia...)			13. Vigilancia nocturna		
2. Acompañamiento en compras			14. Podología a domicilio		
3. Acompañamiento en salidas a la calle			15. Peluquería a domicilio		
4. Acompañamiento en hospital (todo el año de la declaración)			16. Formación a usuarios o familiares de usuarios		
5. Fisioterapia a domicilio			17. Mediación familiar (en todo el año de la declaración)		
6. Terapia Ocupacional a domicilio			18. Animación sociocultural a domicilio		
7. Gimnasia a domicilio			19. Biblioteca a domicilio		
8. Transporte adaptado (en todo el año de la declaración)			20.		
9. Adaptación de vivienda (en todo el año de la declaración)			21.		
10. Equipamiento básico de la vivienda (en el año de la Declaración, mediante ayudas económicas o en especie)			22.		
11. Servicios de domótica (tecnología en el hogar para aumentar la autonomía y la seguridad) (en todo el año de la declaración)			23.		
12. Préstamo/Alquiler de Ayudas Técnicas o equipamiento geriátrico (en todo el año de la declaración)			24.		

**C8. HORARIO DEL SERVICIO BÁSICO DE AYUDA A DOMICILIO**

Días laborables					
1. Hora a la que comienza el primer servicio			2. Hora a la que finaliza el último servicio		
Fines de semana y días festivos					
3. Hora a la que comienza el primer servicio			4. Hora a la que finaliza el último servicio		

**C9. HORARIO DEL SERVICIO DE COMIDAS A DOMICILIO**

1. Hora a la que se entrega la comida:	DE			A			
2. Número de Entregas Diarias de Comida (Lunes a Viernes):	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3. Número de Entregas de Comida en Sábados:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
				Sin Servicio	<input type="checkbox"/>		
				4. Número de Entregas de Comida en Días Festivos y Domingos:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
				Sin Servicio	<input type="checkbox"/>		
5. Número de Repartidores de Comidas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Características Vehículo de reparto y capacidad			

**C10. SERVICIOS DE EQUIPAMIENTO**

¿Alquila o vende Ayudas técnicas y/o Equipamientos Geriátricos?    Sí     NO

**D.I. USUARIOS DEL SERVICIO BÁSICO DE AYUDA A DOMICILIO**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

**D1. Número Total de Usuarios**

A 31 diciembre				
----------------	--	--	--	--

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 servicio)

**D2. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR TIPO DE SERVICIO BÁSICO**

TOTAL USUARIOS EN SOLO AYUDA DOMÉSTICA	Número de Usuarios		TOTAL USUARIOS EN AYUDA DE CUIDADOS PERSONALES (aunque también disfruten de ayuda doméstica)	Número de Usuarios	
	+ 65 años	< 65 años		+ 65 años	< 65 años

**D3. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR SEXO, EDAD, GRADO DE DISCAPACIDAD**

	A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año		A 31 dic	Suma Año
<b>Hombres</b>			<b>Mujeres</b>			De 0 a 6 años			De 7 a 18 años		
De 19 a 64 años			De 65 a 74 años			De 74 a 79 años			De 80 a 84 años		
De 85 y más años			Usan Andador			Con Silla de Ruedas			Usan Grúa		
GRADO DISCAPACIDAD:			De 33% a 64%			De 65% a 74%			75% y más		

**D4. USUARIOS CON RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (A 31 de diciembre)**

Con Reconocimiento Oficial de la situación de Dependencia:											
Usuarios de 0 a 6 años			Grado III			Grado II			Grado I		
Usuarios de 7 a 64 años			Grado III			Grado II			Grado I		
Usuarios de 65 y más años			Grado III			Grado II			Grado I		

**D5. USUARIOS según DURACIÓN DEL SERVICIO BÁSICO**

	< 65 años	+ 65 años		< 65 años	+ 65 años		< 65 años	+ 65 años			
Tiempo desde el último ingreso en el Servicio:			Menos de 1 año			Entre 1 y 3 años			Más de 3 años		

**D6. USUARIOS según la AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A 31 de diciembre)**

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					

**D7. USUARIOS según INTENSIDAD DEL SERVICIO BÁSICO (A 31 de diciembre)**

USUARIOS/HORAS/MES	Número de Usuarios			Número de Usuarios	
	+ 65 años	< 65 años		+ 65 años	< 65 años
Con menos de 30 horas/mes			De 56 a 70 horas/mes		
De 30 a 39 horas/mes			De 71 a 89 horas/mes		
De 40 a 55 horas/mes			De 90 y más horas/mes		
<b>HORARIO DÍA</b> (continuidad o discontinuidad de la atención en el mismo día)					
Usuarios con horario de atención partido en el día			Usuarios con servicio fin de semana		
Usuarios con horario continuado en el día			Usuarios con servicio atención nocturna		
<b>CÓMPUTO TOTAL DE HORAS DE ATENCIÓN DEL SERVICIO EN UNA SEMANA</b> (suma de horas de todos los usuarios en la última semana)					
NÚMERO TOTAL DE HORAS/SEMANA EN USUARIOS CON SOLO AYUDA DOMÉSTICA			NÚMERO TOTAL DE HORAS/SEMANA EN USUARIOS CON CUIDADOS PERSONALES Y DOMÉSTICA		

**D.II. USUARIOS DEL SERVICIO BÁSICO DE AYUDA A DOMICILIO (cont.)**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

**D8. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN INCIDENCIAS:** (Ver definiciones en anverso de la contraportada de la carpeta)

A 31 DE DICIEMBRE:	Número de Usuarios		TODO EL AÑO DE LA DECLARACIÓN:	Número de Usuarios	
	+ 65 años	< 65 años		+ 65 años	< 65 años
Inmovilizados			Hospitalizados (nº usuarios)		
Incontinentes			Hospitalizaciones (nº de veces)		
Con Úlceras de Piel			Usuarios con sondas, oxígeno, farmacoterapia compleja		
Con Polifarmacia			Usuarios con Cuidados Paliativos del SES		
Con Demencia			Accidentados		
Con Enfermedad Mental			Bajas por Fallecimiento		
Con Discapacidad Intelectual			Bajas por Ingreso en Residencia		
Ciegos/Casi Ciegos			Bajas por Acogimiento Familiar		
Sordos/Casi Sordos			Total Bajas en el Servicio (anteriores+otras causas)		
Reciben Ayuda Familiar			Total Ingresos/Altas		
No tienen familiares en la localidad			Ingresos tras un alta hospitalaria		
Viven solos					
Se valen para comprar					

**D9. USUARIOS según RELACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES (A 31 de diciembre)**

	Número de Usuarios			Número de Usuarios	
	+ 65 años	< 65 años		+ 65 años	< 65 años
Solicitantes en Lista de Espera del Servicio					
Usuarios que han solicitado ingreso en residencia					
Usuarios con solicitud de ingreso en centro de día					
Usuarios SAD básico con Teleasistencia					
Usuarios SAD básico con Comida a Domicilio					
Usuarios SAD básico con Lavandería					
Usuarios que acuden también a Centro de Día					
Usuarios SAD público que reciben SAD privado (solo entidades públicas)					

**D10. USUARIOS según APORTACIÓN ECONÓMICA (A 31 de diciembre)**

	Número de Usuarios		Número de Usuarios
Usuarios con Prestación Económica Vinculada al Servicio beneficiario del Sistema de Atención a la Dependencia		Usuarios exentos de pagar el servicio	

**D11. [Apartado SOLO para entidades públicas]**

**USUARIOS según FINANCIACIÓN DEL SERVICIO (Mantenimiento del servicio. Año de la Declaración):**

FUENTES DE FINANCIACIÓN	EUROS	BENEFICIARIOS	Número de Usuarios
Subvenciones de la Consejería de Salud y Política Social		Con cargo a la C. de Salud y Política Social y el Plan Concertado para las Prestaciones Básicas	
Subvenciones de Otra Consejería de la Junta de Extremadura		Con cargo a la C. de Salud y Política Social y convenios para atender a beneficiarios del Sistema de Atención a la Dependencia	
Subvenciones de Otras Administraciones Públicas		Con cargo a otra Consejería de la Junta de Extremadura	
Aportación propia del Ayuntamiento para Ayuda a Domicilio		Con cargo a los presupuestos propios del Ayuntamiento	
<b>GASTO TOTAL EN EL SERVICIO AÑO DECLARACIÓN</b>		<b>TOTAL BENEFICIARIOS EN EL AÑO</b>	

**E.I. PERSONAL**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

<b>E1.</b>	Nº TOTAL DE TRABAJADORES	Del total: Nº de trabajadoras (mujeres)	Del total: Nº trabajadores con discapacidad
------------	--------------------------	---	---

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR CATEGORÍAS A 31 DE DICIEMBRE (Indique "0" si 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 de "Total de 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.

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

**E2. PERSONAL EN PLANTILLA O CONTRATADO PARA UN SERVICIO**

	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
<b>Cuidadores con titulación de...</b>											
Certificado Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones <sup>(1)</sup>						Título Auxiliar de Enfermería (R. Dec. 546/1995) o equivalente					
Certificado Atención Sociosanitaria a Personas en Domicilio <sup>(2)</sup>						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					
Cuidadores sin Titulación			Cuidadores con Titulación			Diplomados Enfermería/ats				Limpiadores	
Cocineros			Ayudantes de Cocina			Ordenanzas				Personal Mantenimiento	
Conductores			Cuidadores de Transporte			Administrativos				Director*/Supervisores	
<b>Técnicos de Grado Superior</b>											
	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Psicólogos			Psicopedagogos			Pedagogos				Médicos (Total)	
Médicos Psiquiatras			Médico Rehabilitador			Médicos Dietistas				Otros Técnicos G. Superior	
<b>Técnicos de Grado Medio</b>											
	Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana		Núm.	Horas Semana
Fisioterapeutas			Psicomotricistas			Logopedas				Audición y Lenguaje	
Musicoterapeutas			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	
<b>Técnicos Especialistas</b>											
	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.II. PERSONAL (continuación)**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

**E3. CUIDADORES (incidencias de TODO EL AÑO; antigüedad, 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			
<b>A 31 de DICIEMBRE</b>			
Cuidadores que llevan menos de 1 año en el Servicio		Cuidadores que llevan entre 1 y 3 años en el Servicio	
		Cuidadores que llevan más de 3 años en el Servicio	
Turno de Mañana		Turno de Tarde	
		Turno de Noche	
Cuidadores Mujeres		Cuidadores Hombres	
		De 16 a 34 años	
		De 35 a 49 años	
		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 (año)	
<b>TODOS LOS LIMPIADORES (A 31 de DICIEMBRE)</b>			
Limpiadores Mujeres		Limpiadores Hombres	
		De 16 a 34 años	
		De 35 a 49 años	
		De 50 y más años	

**E.5. PERSONAL SANITARIO Y OTROS PROFESIONALES**

Sanitarios 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. EVALUACIÓN Y ENTIDADES COLABORADORAS**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

**F1. AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD**

Marque lo que proceda: SOLO si ha aplicado la técnica durante el año de la Declaración.			
	Marque "x"		Marque "x"
1. Plan Individualizado de Cuidados por usuario actualizado regularmente (registro de las necesidades, tratamientos y evolución del usuario)	<input type="checkbox"/>	12. Planes de formación continua de los trabajadores (al inicio y durante la prestación del Servicio)	<input type="checkbox"/>
2. Programa informático para el registro de incidencias y seguimiento de los usuarios	<input type="checkbox"/>	13. Código ético escrito entregado a las auxiliares o cuidadoras para una adecuada atención	<input type="checkbox"/>
3. Valoración del Estado Funcional del usuario con escalas estandarizadas (Barthel, Lawton...) (al menos, 1 vez al año)	<input type="checkbox"/>	14. Entrevistas individuales del supervisor o coordinador con las auxiliares o cuidadoras para el seguimiento del servicio (núm./mes)	-----
4. Plan de Gestión de Calidad (definición escrita y periódica de objetivos que mejoren la atención y valoración)	<input type="checkbox"/>	15. Reuniones periódicas del supervisor o coordinador con todas las auxiliares del servicio al MES (núm./mes)	-----
5. Auditoria externa del servicio	<input type="checkbox"/>	16. Número de cambios de auxiliar por incompatibilidad con el usuario en el año de la Declaración	-----
6. Encuesta de satisfacción de los usuarios (al menos, 1 vez al año) Número de encuestados:	-----	17. Visitas del supervisor o coordinador al domicilio para comprobar el servicio "in situ" al MES (núm./mes)	-----
7. Nº de Entrevistas del supervisor o coordinador con usuarios para el seguimiento del servicio (núm./mes)	-----	18. Medidas sistemáticas para el cumplimiento de la normativa de Protección de Datos Personales por encima de los mínimos de la normativa	<input type="checkbox"/>
8. Contrato escrito con el usuario detallado por tareas	<input type="checkbox"/>	19. Protocolo de Comunicación con el familiar de referencia del usuario y contactos periódicos con los familiares	<input type="checkbox"/>
9. Carta de Servicios escrita con compromisos de calidad y objetivos, y conocida por los usuarios.	<input type="checkbox"/>	20.	<input type="checkbox"/>
10. Protocolos de prevención de incontinencia, úlceras de piel y cambios posturales.	<input type="checkbox"/>	21.	<input type="checkbox"/>
11. Documento de Confidencialidad firmado por las auxiliares para respetar la privacidad del usuario	<input type="checkbox"/>	22.	<input type="checkbox"/>

**F2. ASOCIACIONES Y ENTIDADES COLABORADORAS CON EL SERVICIO (Año de la Declaración)**

La colaboración puede abarcar desde el voluntariado, la prestación de algún servicio o programa de actividades o la financiación de algún servicio		
NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN/ENTIDAD	SUS FINES	SU COLABORACIÓN



