



A. IDENTIFICACIÓN

A1. CLASIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO

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

A2. ENTIDAD TITULAR

| | | | | | |
|---|--|-----------------|----------------|--|----------------------|
| 1. Entidad propietaria del centro o servicio | | | 2. CIF | | |
| 3. SSB 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 |

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 RESIDENCIALES

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

B. EDIFICIO Y EQUIPAMIENTO

CENTRO O SERVICIO: _____

B1. EDIFICIO: AÑOS, PLANTAS Y UBICACIÓN

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

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

B2. UNIDADES FUNCIONALES DIFERENCIADAS

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

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

B3. HABITACIONES (Equipadas y de uso habitual)

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

B4. ZONAS COMUNES

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

B5. SUPERFICIES (m²)

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

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

B6. EQUIPAMIENTO (Número de unidades)

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

C. SERVICIOS

CENTRO O SERVICIO: _____

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

C1. CUIDADOS PERSONALES

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

C2. SERVICIOS GENERALES

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

C3. EQUIPAMIENTO

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

C4. SERVICIOS TEMPORALES

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

DEMANDA DE INGRESO. LISTA DE ESPERA a 31 de diciembre

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

Indicar "0" si no tiene solicitantes de ingreso.

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

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

C6. CRITERIOS DE ADMISIÓN

C7. CENTROS SANITARIOS DE REFERENCIA

| |
|-------------------------------|
| Centro de Salud de Referencia |
| Hospital de Referencia |

D. RESIDENCIA/Residentes

CENTRO O SERVICIO: _____

D1. OCUPACIÓN/plazas ocupadas

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

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

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

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

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

D3. RESIDENTES CON RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DEPENDENCIA

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

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

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

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

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

(Ver definiciones en la carpeta del cuestionario)

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

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

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



| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|----------------|--|----------------------------------|-----------------------------|--|--|---|--|--|
| MOVIMIENTO DE RESIDENTES: | Altas/Ingresos | | | Bajas (incluido fallecidos) | | | Bajas Voluntarias | | |
| INCIDENCIAS VITALES: | 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/Personal


CENTRO O SERVICIO: _____

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


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

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

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

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

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

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

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

CENTRO O SERVICIO: _____

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

F1. HORARIO DEL SERVICIO

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

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

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

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

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

F3. USUARIOS CON RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DEPENDENCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

F7. USUARIOS DE SERVICIOS COMUNITARIOS

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

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



CENTRO O SERVICIO: _____

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

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

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

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

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

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

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

H. FINANCIACIÓN

H1. INGRESOS MEDIOS DEL CENTRO O SERVICIO AL MES

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

H2. FUENTES DE FINANCIACIÓN

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

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

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

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

En a de de



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

Fdo.: