

INFORME SOCIAL

PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y EL ACCESO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Trabajador/a social D/Doña _____
Centro de Servicios Sociales _____
Entidad Local: Ayuntamiento / Mancomunidad de _____

I. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:	APELLIDOS	EDAD
DNI/NIE	DOMICILIO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
OCUPACIÓN: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabaja cuenta propia <input type="checkbox"/> Trabaja cuenta ajena <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Sin ocupación		

II. SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

A. Reside de forma permanente/temporal en un Centro (centro residencial, viviendas comunitarias, pisos tutelados, hospital de larga estancia)

Denominación del Centro.....
 Dirección: C/ Plaza.....Nº.....Localidad.....CP.....

A.1. Apoyos familiares:

No tiene familiares directos (hijos/padres)
 Los tiene, pero no pueden/no se hacen cargo de la persona.
 Visitan a la persona regularmente
 Se implican en los cuidados y en la atención de sus necesidades

A.2. Opinión de la persona o familiares sobre la atención recibida en el centro:

Excelente
 Buena
 Regular
 Deficiente
 Muv deficiente

A.3. Posibilidades de retorno al domicilio: En el supuesto de que la persona regresara a su domicilio (o al de algún familiar), y teniendo en cuenta los apoyos (servicios y prestaciones) que puede recibir en el mismo, ¿reúne éste las condiciones necesarias para adecuada atención de la persona?

*Buenas **condiciones en el entorno físico** (condiciones de habitabilidad y accesibilidad, barreras en el interior y exterior de la vivienda) Si No

*Buenas **condiciones entorno convivencial** (apoyos familiares, cuidados básicos, ausencia de relaciones conflictivas) Si No

B. Reside en domicilio particular

B.1. Situación de Convivencia

La persona vive sola La persona reside de forma itinerante en varios domicilios
 La persona convive de manera habitual y/o permanente con:

Nombre y Apellidos	Edad	Relación o parentesco	Cuidados que presta	Intensidad/frecuencia (horas/mes)*

Identificación del cuidador principal:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 TRABAJO FUERA DEL HOGAR No Si HORARIO: _____ OTRAS RESPONSABILIDADES _____

B.2. Apoyos informales

B.2.1. Caracterización general de apoyos:

Recibe apoyo familiar regularmente con carácter: diario semanal otros
 Recibe apoyo vecinal regularmente con carácter: diario semanal otros
 Recibe apoyo esporádico
 No recibe apoyos

B.2.2. Consistencia/Fragilidad del apoyo familiar

Estado de salud del cuidador principal:
 Cuidador mayor de edad y en plenas facultades para el ejercicio de la tarea
 Cuidador con situación de dependencia reconocida con grado:
 Signos de agotamiento físico y/o emocional

B.2.3. Dinámica familiar. Indicadores de posible maltrato

Existencia de relaciones deterioradas/conflictivas:
 Si No No observables
 Incidencia de la unidad de convivencia en la persona solicitante:
 Positiva Negativa
 Otros aspectos:
 Falta de cuidados básicos
 No se le permite hablar/dar su opinión
 Se insiste ante él/ella en los problemas que causa
 La persona pasa sola varias horas al día
 Permanece encamado/a, sin necesidad

Conocimientos del cuidador sobre la adecuada prestación de cuidados y el proceso de la enfermedad
 (valorar del 1 al 5): _____

Otras circunstancias:
 Concurrencia de enfermedad/ discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia
 No Si
 Periodos de descanso del cuidador
 No Sí (especificar _____)

III. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

A. Situación de la vivienda

- Régimen de tenencia:** Propia Alquilada Cedida En casa de familiares
Tipo: Piso en altura: con ascensor sin ascensor
 Unifamiliar: de planta baja varias plantas sin mecanismos de elevación
 Otros (chabola, vivienda prefabricada, especificar: _____)

Condiciones de habitabilidad	Buena	Regular	Mala	Observaciones
Higiene				_____
Ventilación				_____
Iluminación				_____
Mantenimiento				_____

*** Equipamiento de la vivienda:**

- Agua caliente Calefacción Electrodomésticos básicos Teléfono
 -Dispone de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar Si No
 -Barreras arquitectónicas Si No
 -Elementos de protección (detección y/o protección de incendios, gas, agua) Si No

B. Entorno del domicilio habitual

- *Condiciones de Accesibilidad:** ¿existen de barreras arquitectónicas para acceder al domicilio? Si No
***Comunicaciones y servicios:** ¿existen transportes y servicios públicos próximos? Si No

IV. APOYOS INSTITUCIONALES QUE ESTÁ RECIBIENDO

DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES			
Servicio/Centro	Modalidad	Tipo de plaza (pública/privada)	Aportación del usuario
Teleasistencia			-----€/mes
Ayuda a domicilio:	<input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar <input type="checkbox"/> Cuidados personales		Nº horas / mes:..... -----€/mes
Centro de atención diurna:	<input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Menores de 65 años <input type="checkbox"/> Atención especializada		Nº días / semana:..... -----€/mes
Centro Ocupacional			-----€/mes
Centro de Atención Temprana			-----€/mes
Servicio de atención residencial:	<input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad		-----€/mes
Otros (especificar):			-----€/mes

OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL (Educación, Sanidad, Empleo)

Servicio/Centro/Prestación	Denominación, titular y provisión (privada, mutualidad)	Aportación del usuario
		-----€/mes
		-----€/mes

V. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y PROPUESTA

(teniendo en cuenta el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD, así como el régimen de compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos)

.....

En....., a.....de..... de 2010