

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:
D. /Dña: con DNI: Estado Civil..... nacido/a elde Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Municipio..... Nacionalidad.....
<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE VOLUNTARIA/O <input type="checkbox"/> TUTOR/A LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR/A DE HECHO Nombre y apellidos:DNI:..... Relación con la persona:..... Tfnos:.....E-mail

URGENTE: NO
 SI MOTIVOS: FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO
 INDICADORES DE MALTRATO
 OTROS (indicar):

CAPACIDAD MODIFICADA MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD EN TRÁMITE MENOR DE EDAD

2. FUENTE Y MOTIVO POR EL QUE SE REALIZA EL INFORME SOCIAL

Fuente de la información: Entrevista despacho Visita a domicilio Centro

Presente en la valoración: Nombre.....
 Parentesco.....

Valoración - Orientación Inicial

Revisión de Valoración:
 De oficio A instancia de persona interesada
 Grado y puntuación anterior:

Revisión de PIA
 De oficio A instancia de persona interesada
 Motivos:

Traslado de Expediente
 Lugar de Procedencia.....Grado y puntuación reconocidos.....

¿Qué recurso utilizaba anteriormente?

3. SITUACIÓN CONVIVENCIAL

3.1. RESIDE CON:

- Vive solo/a
- Acompañado/a de nº personas.....
 - Familiares
 - Persona contratada
- Rota por diversos domicilios de familiares:.....
- Centro: **Nombre**.....**Ingreso** (dd/mm/aa).....
- Otros (especificar)

3.2. COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR Y DE APOYO:

3.2.1. Unidad familiar

NOMBRE	AP1	AP2	DNI	Parentesco	SEXO	Fecha	Disc	Dep	UC	U.EC.
					h/m	dd/mm/aa	s/n	s/n	c/m	
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>

3.2.3. Otras personas cuidadoras no convivientes

Nombre y Apellidos	Parentesco	Fecha de	Municipio	Disc/Depen

3.2.4. Otros/as familiares no cuidadores/as

.....

4. VIVIENDA

Tiene vivienda en propiedad: Sí No

VIVE EN:

- Centro
- Vivienda propia
- Vivienda en alquiler
- Vivienda en usufructo
- Vivienda de otras personas(especificar).....

El entorno de la vivienda es: rural urbano

La vivienda tiene el equipamiento básico:

- Agua caliente Electrodomésticos básicos
- Calefacción Línea de teléfono

La persona interesada dispone de espacio suficiente: Sí No

La vivienda reúne condiciones: Sí No*

(*)Detalle de la situación:

IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y AYUDAS TÉCNICAS:

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN LOS ACCESOS A LA VIVIENDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Descripción (recursos básicos de zona, medios de comunicación, portal, etc.):	
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Descripción (puertas, cuarto de baño, etc.):	
AYUDAS TÉCNICAS UTILIZADAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Descripción:	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Descripción (Detección de incendios, de gas, de agua, etc.):	
DETECCIÓN DE NECESIDADES PARA LA ORIENTACIÓN AL SERVICIO DE GIZATEK	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Especificar:	

5. SITUACIÓN ECONÓMICO-LABORAL

EN ACTIVO

Empleo ordinario

Empleo protegido

Centro ocupacional

SIN OCUPACIÓN LABORAL REMUNERADA

PENSIONISTA

Renta de trabajo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tipo de pensión: <input type="checkbox"/> Jubilación - <input type="checkbox"/> Viudedad - <input type="checkbox"/> Incapacidad - <input type="checkbox"/> Orfandad		
Pensión de Gran Invalidez	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PNC con complemento por necesidad de otra persona	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otros ingresos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (especificar).....		

6. DESCRIPCIÓN DE LOS CUIDADOS

6.1. PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL:

UC

UEC

Nombre / AP1 / AP2 DNI..... Fecha nacimiento:

Relación /parentesco..... Sexo.....

Discapacidad

ATP

Dependiente

Gran Invalidez

Trabaja fuera de hogar: No Sí (nº horas, tipo de jornada).....

Otras ocupaciones:

- Cuidado de otras personas (n° de menores, personas con discapacidad o en situación de dependencia a su cargo)
- Otras responsabilidades.....

Tiempo total diario dedicado

- Completo Parcial
- Nº horas

Recibe apoyos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> FORMAL <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Esporádico (Especificar):	Horas totales semanales	
<input type="checkbox"/> INFORMAL <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Esporádico (Especificar):		
Fragilidad del apoyo familiar		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Especificar:		
Riesgo de claudicación		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Especificar:		

Si se detecta fragilidad o riesgo de claudicación se pasará la Escala de Detección de Riesgo de la Persona Cuidadora

6.2. CALIDAD DE LOS CUIDADOS

6.2.1. Están cubiertas las necesidades básicas

SI NO

6.2.2. Atención y cuidados se adecuan a las necesidades de la persona dependiente:

- SI NO (*ver Manual de Cumplimentación del Informe Social*)

Si se ha respondido que Sí, hay algún aspecto a mejorar?

- SI - Cuidados personales:
-
- Cuidados sanitarios:
-
- Cuidados psicosociales:
-

Otros:

Nº de horas que pasa sola/o al día:h.

Observaciones:

.....

.....

7. PERCEPCIÓN DE LA PERSONA VALORADA SOBRE SU SITUACIÓN

7.1. DINÁMICA COTIDIANA, RELACIONES SOCIALES Y ESTILO DE VIDA:

Relato:.....

.....

7.2. PREFERENCIAS DE ATENCIONES / PRESTACIONES:

- Desea vivir en un domicilio particular:
 - Recibiendo atención de su unidad de convivencia
 - Recibiendo atención de cuidadores profesionales
 - Acudiendo a Centro de Día
 - Otras opciones:.....
- Desea vivir en un centro residencial:
- No manifiesta su opinión

8. DIAGNÓSTICO, VALORACIÓN Y PROPUESTA PROFESIONAL

Trabajador/a
D../Dña.....
.Nº colegiado/a.....de:.....
Telf. e-mail.....
 Ayuntamiento de Otros (indicar.....
En Fecha (dd/mm/aa)

Firma