



PROCEDEMENTO <b>RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>INFORME SOCIAL</b>
---	---	--

**INFORME SOCIAL AOS EFECTOS DE SOLICITUDE DE VALORACIÓN DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA  
E ELABORACIÓN DO PIA**

EMITIDO POLO/A TRABALLADOR/A SOCIAL D/DNA. <input type="text"/>		
Nº DE COLEXIADO/A <input type="text"/>	ORGANISMO/ENTIDADE <input type="text"/>	TELÉFONO <input type="text"/>
REFERENTE A DON/DONA <input type="text"/>		
MOTIVO DO INFORME <input type="text"/>		

**1. DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE**

NOME E APELIDOS <input type="text"/>		
DATA DE NACEMENTO <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	ESTADO CIVIL <input type="text"/>
ENDEREZO <input type="text"/>		TELÉFONO <input type="text"/>
PROFESIÓN <input type="text"/>	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Sen ocupación <input type="checkbox"/> Pensionista	

**2. ANTECEDENTES DA PERSOA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

**2.1 con expediente en servizos sociais comunitarios:**

Sí, en SIUUS    Sí, en outros    Non

**3. NÚCLEO DE CONVIVENCIA FAMILIAR**

**3.1 Unidade de convivencia formada por:** (sinalar o/a coidador/a principal do beneficiario, se é o caso)

Nome e Apelidos	Idade	Parentesco	Profesión	Situación laboral	Valoración de minusvalía (indicar porcentaxe)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**3.2 Outros membros da rede informal de apoio:** (Sinalar a relación de parentesco coa persoa en situación de dependencia)

Nome e Apelidos	Idade	Parentesco	Profesión	Situación laboral	Valoración de minusvalía (indicar porcentaxe)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nota: Se existe rotación da persoa en situación de dependencia, cubrir os campos en relación coa unidade de convivencia coa que convive no momento de presentar a solicitude e sinalar rotación.

**3.3 En caso de persoas institucionalizadas indicar:**

NOME DO CENTRO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Público/concertado <input type="checkbox"/> Privado
DATA DE INGRESO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal
TIPOLOXÍA <input type="checkbox"/> Centro de at. Diúrno para persoas maiores <input type="checkbox"/> C. At. Diúrno para persoas con discapacidade <input type="checkbox"/> Centro de at. Residencial para persoas maiores <input type="checkbox"/> C. At. Residencial para persoas con discapacidade <input type="checkbox"/> Outros (vivenda comunitaria, ...) <input type="text"/>	

#### 4. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

##### 4.1. Dinámica relacional e funcionamento da rede informal con respecto á persoa en situación de dependencia:

##### 4.2. Análise do cuidador/a principal

###### 4.2.1. Perfil do cuidador/a:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar e membro da unidade de convivencia          | <input type="checkbox"/> Familiar que non convive coa persoa dependente    |
| <input type="checkbox"/> Coidador non familiar sen contraprestación económica | <input type="checkbox"/> Coidador profesional remunerado                   |
| <input type="checkbox"/> Ausencia de cuidador                                 | <input type="checkbox"/> Outros <input style="width: 150px;" type="text"/> |

###### 4.2.2. Características do coidado: (Indicadores)

1. Fraxilidade do apoio familiar
  - Coidador/a predependente / dependencia acusada
  - Dificultade na comprensión do proceso da enfermidade / da dependencia
  - Escasos coñecementos sobre os coidados
  - Concorrenza de enfermidade / discapacidade con necesidade de apoios noutros membros da unidade de convivencia
  - Cargas laborais, menores a cargo, outras persoas en situación de dependencia a cargo
  - Signos de esgotamento físico / emocional
  - Dificultades de conexión social / illamento (ou risco de abandono/desamparo)
  - Ausencia de compromiso estable
2. Consistencia do apoio familiar
  - Coidador maior de idade e bo estado xeral
  - Disponibilidade de tempo
  - Seguridade económica
  - Coñecementos suficientes para a prestación de coidados
  - Disponibilidade de apoios profesionais e complementarios
  - Períodos de descanso
3. Risco de claudicación
  - Risco por impacto do coidado
  - Risco por dificultade na relación interpersoal
  - Risco por problemas de competencia

###### 4.2.3. Intensidade dos coidados : Horas aproximadas de adicación diaria:

- Non se dispón de tempo para atender á persoa en situación de dependencia     1-2     2-4     4-8     Continua

##### 4.3. Características da persoa en situación de dependencia:

###### 4.3.1. Valoración de minusvalía

- SI     NON

GRAO DE MINUSVALÍA	NECESIDADE DE ASISTENCIA DE TERCEIRA PERSOA	EXISTENCIA DE DIFICULTADES PARA UTILIZAR TRANSPORTES PÚBLICOS
<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>

###### 4.3.2 A persoa en situación de dependencia desprázase habitualmente do seu domicilio habitual

- SI     NON
- En caso afirmativo indicar se precisaría soporte doutra persoa:

###### OBSERVACIÓNS PROFESIONAIS

##### 4.4. Valoración da atención á persoa en situación de dependencia:

- |  |                               |                                  |                                |
|--|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| O apoio da unidade de convivencia ten unha fraxilidade:        | <input type="checkbox"/> ALTO | <input type="checkbox"/> MEDIO   | <input type="checkbox"/> BAIXO |
| O apoio da unidade de convivencia ten unha consistencia        | <input type="checkbox"/> ALTA | <input type="checkbox"/> MEDIA   | <input type="checkbox"/> BAIXA |
| O apoio da unidade de convivencia ten un risco de claudicación | <input type="checkbox"/> ALTO | <input type="checkbox"/> MEDIO   | <input type="checkbox"/> BAIXO |
| A atención á persoa en situación de dependencia é:             | <input type="checkbox"/> BOA  | <input type="checkbox"/> REGULAR | <input type="checkbox"/> MALA  |

**5. RECURSOS E SERVIZOS FORMAIS DE PROMOCIÓN DA AUTONOMÍA PERSOAL E ATENCIÓN ÁS PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:**
**5.1 Recursos e servizos formais que percibe/disfruta o solicitante (públicos e /ou privados):**

5.1.1. A persoa en situación de dependencia está sendo atendida no seu domicilio cun servizo de proximidade:

 Teleasistencia       Axuda a domicilio       Outros

INTENSIDADE HORARIA DO SERVIZO (HORAS/MES)

ORGANISMO/ ENTIDADE PRESTATARIA


 Público/concertado       Privado      Neste caso indique si percibe Cheque asistencial       SI       NON

DATA DE ALTA NO SERVIZO

CONTÍA DO SERVIZO (MENSUAL)

 Indicar a necesidade de permanencia en este programa:       SI       NON



5.1.2. A persoa en situación de dependencia está sendo atendida no seu domicilio por un cuidador/a do entorno:

 Coidador familiar       Persoa do contorno       Asistente persoal       Coidador profesional remunerado       Outro

NOME E APELIDOS

DNI/NIF/NIE



DOMICILIO (RÚA/PRAZA, Nº, BLOQUE, ESCALERA, PISO, PORTA)

CÓDIGO POSTAL



PROVINCIA

LOCALIDADE

NACIONALIDADE

DATA DE NACEMENTO





PARENTESCO

SEXO

 Home       Muller

RÉXIME DA SEGURIDADE SOCIAL

DESDE QUÉ DATA RESIDE NESTA LOCALIDADE?




SE NON EXISTE RELACION DE PARENTESCO HASTA 3º DE CONSANGUINIDADE/AFINIDADE, SINALAR SI LEVA MAIS 1 ANO VIVINDO NO MESMO CONCELLO DO SOLICITANTE OU OUTRO VECIÑO:

 SI       NON

FORMACIÓN ESPECÍFICA DA PERSOA COIDADORA:

 SI       NON

5.1.3. A persoa en situación de dependencia está sendo atendida nun Centro de Día ou Residencial:

 Centro de atención diúrna       Centro de atención residencial  
 Temporal       Permanente       Público/concertado       Privado      Indique si percibe Cheque asistencial       SI       NON

TIPOLOXÍA

 persoas maiores       con discapacidade       especializado

DENOMINACIÓN DO CENTRO

INTENSIDADE HORARIA



ORGANISMO/ ENTIDADE

DATA DE INGRESO

CONTÍA DA PRAZA(MES)




DIRECCIÓN DO CENTRO

PROVINCIA

LOCALIDADE



**5.2 Recursos e servizos que poderían cubrir a súas necesidades (cumprimentar só cando non coincida co recurso ou servizo que xa percibe. enumerar e indicar intensidade)**

**6. SITUACIÓN DO CONTORNO SOCIAL**

**6.1. Vivenda:**

• Tipo de vivenda:

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sen vivenda                    | <input type="checkbox"/> Chabola           | <input type="checkbox"/> Casa prefabricada   | <input type="checkbox"/> Caravana          |
| <input type="checkbox"/> En situación de desafiuzamento | <input type="checkbox"/> Piso, apartamento | <input type="checkbox"/> Vivenda Unifamiliar | <input type="checkbox"/> Vivenda Colectiva |
| <input type="checkbox"/> Pensión                        | <input type="checkbox"/> Cuarto realugado  | <input type="checkbox"/> Albergue            |  |

• Réxime de tenza:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Propia ou dalgún membro da unidade familiar | <input type="checkbox"/> Cedida ou facilitada | <input type="checkbox"/> Vivenda alugada |
| <input type="checkbox"/> Centro residencial                          | <input type="checkbox"/> Realugada            |  |

Condicións de habitabilidade da vivenda:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adecuadas                           | <input type="checkbox"/> Amoreamento                  | <input type="checkbox"/> Insalubridade/inhabitabilidade |
| <input type="checkbox"/> Existencia de dispositivos de risco | <input type="checkbox"/> Carece dalgún servizo básico |   |

Especificar:

• Accesibilidade da vivenda:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sen barreiras arquitectónicas | <input type="checkbox"/> Con barreiras no acceso á vivenda    |
| <input type="checkbox"/> Con adaptacións funcionais    | <input type="checkbox"/> Con barreiras no interior da vivenda |

Descrición:

**6.2. Características da zona na que habita:**

Localización da vivenda:

- |                                      |  |                                     |  |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Zona urbana | <input type="checkbox"/> Zona semiurbana/semirural | <input type="checkbox"/> Zona rural | <input type="checkbox"/> Zona rural illada |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|

• Acceso a equipamentos sociosanitarios:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Boas comunicacións e accesos | <input type="checkbox"/> Comunicacións deficientes |
|---|--|

**7. SITUACIÓN ECONÓMICA: (SOAMENTE CANDO NON COINCIDAN OS DATOS COA SOLICITUDE)**

**7.1 Ingresos do solicitante:**

Ingresos netos (pensións, prestacións económicas, retribucións ...):

CONCEPTO	CONTÍA	Nº DE PAGAS
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

Rendementos de capital mobiliario (xuros, venda de valores, letras do tesouro, prazo fixo...)

CONCEPTO	CONTÍA ANUAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

Outros rendementos (de capital inmobiliario, actividades económicas...):

CONCEPTO	CONTÍA ANUAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

Ganancias e perdas patrimoniais (venda de accións, venda de inmobles, reembolso de fondos de inversión...):

CONCEPTO	CONTÍA ANUAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

Gastos fixos da persoa en situación de dependencia (alugueres, hipotecas, servizos de carácter público e/ou privado de coidados e atención á persoa en situación de dependencia...):

CONCEPTO	CONTÍA ANUAL
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

## 8. OUTROS DATOS DE INTERESE E VALORACIÓN PROFESIONAL:

<b>8.1. Proposta de servizos e outros apoios idóneos: (tendo en conta que os servizos son prioritarios e as prestacións económicas teñen carácter excepcional)</b>			
<input type="checkbox"/> Teleasistencia	<input type="checkbox"/> Axuda no Fogar	<input type="checkbox"/> Centro de día	<input type="checkbox"/> Centro de noite
Residencia <input type="checkbox"/> Sen acompañante <input type="checkbox"/> Con acompañante	<input type="checkbox"/> Libranza de servizo de <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Asistencia personal	
<input type="checkbox"/> Coidados no contorno por coidador familiar	<input type="checkbox"/> Outros (RESPIRO)	<input type="checkbox"/> Axudas para a autonomía persoal	
• Intensidade da/s modalidade/s proposta/s (horas/mes) e entidade prestataria: <input type="text"/>			
• Datos do coidador /a do entorno e/ou asistente persoal (cumprimentar só cando non coincida cos datos do coidador do apartado 5.1.2.): <input type="checkbox"/> Coidador familiar <input type="checkbox"/> Persoa do contorno <input type="checkbox"/> Asistente persoal			
NOME E APELIDOS <input type="text"/>			DNI/NIF/NIE <input type="text"/>
DOMICILIO (RÚA/PRAZA, N.º, BLOQUE, ESCALERA, PISO, PORTA) <input type="text"/>			CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>
PROVINCIA <input type="text"/>	LOCALIDADE <input type="text"/>	NACIONALIDADE <input type="text"/>	DATA NACEMENTO <input type="text"/>
PARENTESCO <input type="text"/>	SEXO <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller	RÉXIME DA SEGURIDADE SOCIAL <input type="text"/>	DESDE QUÉ DATA RESIDE EN ESTA LOCALIDADE? <input type="text"/>
SE NON EXISTE RELACION DE PARENTESCO HASTA 3º DE CONSANGUNIDADE/AFINIDADE, SINALAR SI LEVA MAIS 1 ANO VIVINDO NO MESMO CONCELLO DO SOLICITANTE OU OUTRO VECIÑO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON			
FORMACIÓN ESPECÍFICA DA PERSOA COIDADORA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON			
• Datos do centro proposto (cumprimentar só cando non coincida cos datos do apartado 4.1.3.): <input type="checkbox"/> Centro de atención diurna <input type="checkbox"/> Centro de atención residencial <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Público/concertado <input type="checkbox"/> Privado    Indique si percibe Cheque asistencial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON			
TIPOLOXÍA <input type="checkbox"/> persoas maiores <input type="checkbox"/> con discapacidade <input type="checkbox"/> especializado			
DENOMINACIÓN DO CENTRO <input type="text"/>			
ORGANISMO/ ENTIDADE <input type="text"/>		DATA DE INGRESO <input type="text"/>	CONTÍA DA PRAZA(MES) <input type="text"/>
DIRECCIÓN DO CENTRO <input type="text"/>		PROVINCIA <input type="text"/>	LOCALIDADE <input type="text"/>
• No caso da modalidade de axuda no fogar e de asistencia persoal especificar qué tipo de atencións precisaría e para qué actividades e tarefas: <input type="text"/>			
• No caso da modalidade de coidados no contorno, especificar a necesidade de RESPIRO para o coidador/a, indicando o servizo proposto e a intensidade do RESPIRO: <input type="text"/>			
<b>Diagnóstico social e Valoración profesional:</b> <input type="text"/>			

SINATURA DO/A TRABALLADOR/A SOCIAL  <i>Localidade e data</i>	SELO	(Para cubrir pola Administración) RECIBIDO <input type="text"/> REVISADO E CONFORME <input type="text"/>	NÚMERO DE EXPEDIENTE <input type="text"/> DATA DE ENTRADA __/__/__ DATA DE EFECTOS __/__/__ DATA DE SAÍDA __/__/__
--	------	--	---