



Comunidad de Madrid
 CONSEJERIA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES
 DIRECCIÓN GENERAL DEL MAYOR

INFORME SOCIAL

(Anexo a la solicitud de plaza en Residencia de Mayores/Centros de Día de la Comunidad de Madrid)

Informe que emite el/la Trabajador/a Social D./Dª

Que presta sus servicios en

En relación con la solicitud de plaza en Residencia de Mayores de la Comunidad de Madrid de D./Dª

..... Edad Sexo y de
 su cónyuge D./Dª Edad Sexo

I. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

A. Situación de convivencia del mayor

- Vive solo
 Rota por diversos domicilios de hijos o de otros familiares
 Vive en centros o instituciones
 Vive con personas no familiares o familiares no hijos
 Vive con su pareja
 Vive con hijos

Describir la unidad de convivencia del mayor, con indicación, en su caso, de las circunstancias de conflictividad, desestructuración, inestabilidad, enfermedad o aislamiento que justifiquen la asignación de puntuación adicional:

.....

B. Situación familiar

El mayor tiene hijos: SI NO

● DATOS RELATIVOS A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DE CADA HIJO:

Nombre de los hijos (1)	Edad	Estado Civil	Nº de miembros de la unidad de convivencia	Nº de menores de 16 años	Nº de mayores de 65 años	Personas Inválidas (2)	Relaciones con el mayor (3)	Lugar de residencia			
								En la misma localidad que el mayor	En la Comunidad de Madrid	En otra Comunidad Autónoma	En el Extranjero

(1) Si el mayor convive con uno de sus hijos. Subraye el nombre de este

(2) Indicar si se trata del hijo o su pareja, o de otro miembro de la unidad de convivencia, con indicación en este caso de su parentesco con el hijo.

(3) Calificarlas como: Malos Tratos, Malas o Inexistentes, Regulares, Buenas.

● INGRESOS FAMILIARES MENSUALES DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DE CADA HIJO:

Nombre de los hijos	Ingresos	Renta per cápita

Observaciones de interés sobre la situación familiar:

.....

.....

.....

.....

.....

C. Necesidades de Atención:

● EL MAYOR NECESITA AYUDA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: **S** (SEVERA), **L** (LIGERA) (1):

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| S | L | S | L |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asearse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ir y usar el baño |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Controlar esfínteres (vesical y anal) |

Otras:

● PRECISA AYUDA PARA LAS ACTIVIDADES DE FRECUENCIA NO DIARIA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lavado de ropa | <input type="checkbox"/> Compra de comida o ropa |
| <input type="checkbox"/> Limpieza de la vivienda | |

Otras:

● QUE PERSONAL LE ATIENDE HABITUALMENTE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> Vecinos |
| <input type="checkbox"/> Familiares no hijos | <input type="checkbox"/> Empleada de hogar |

Otros:

● CON QUE FRECUENCIA LE ATIENDEN:

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diaria | <input type="checkbox"/> Varias veces al año |
| <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Anual |
| <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Nunca |

Otros:

(1) Limitaciones severas: Cuando la persona precise ayuda de otra persona para realizarlas.
Limitaciones ligeras: Cuando pueda realizarlas, aunque sea con dificultad, por sí misma.

● RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio | <input type="checkbox"/> Comedor |
| <input type="checkbox"/> Centro de Día Asistido | <input type="checkbox"/> Comida a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Hogar o Club | <input type="checkbox"/> Ayuda económica |
| <input type="checkbox"/> Vivienda tutelada | <input type="checkbox"/> Teleasistencia |

Otros :

● CALIFICAR LA ATENCIÓN QUE RECIBE EL MAYOR:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Con graves carencias | <input type="checkbox"/> Inadecuada |
| <input type="checkbox"/> Insuficiente | <input type="checkbox"/> Adecuada |

Otros :

● ESPECIFICAR MOTIVOS (se reflejará los ítems correspondientes al apartado B1 del baremo en caso de solicitudes de Centros de Atención Diurna):

.....

.....

.....

.....

.....

II. SITUACIÓN DE VIVIENDA

1. Tipo de alojamiento:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vivienda familiar | <input type="checkbox"/> Albergue |
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Habitación |
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Sin vivienda |

2. Régimen de tenencia:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En propiedad | <input type="checkbox"/> En realquiler |
| <input type="checkbox"/> En alquiler | <input type="checkbox"/> En cesión de propiedad o cambio de renta vitalicia |
| <input type="checkbox"/> En usufructo | <input type="checkbox"/> Compartida |
| <input type="checkbox"/> Cedida por personas no familiares | <input type="checkbox"/> En desahucio |
| <input type="checkbox"/> Cedida por hijos u otros familiares | <input type="checkbox"/> Vive con hijos |

3. Coste mensual del alojamiento, concepto (gastos de comunidad, alquiler, hipoteca, residencia, etc.) y quién lo abona:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Características de la vivienda:

● EXISTEN BARRERAS ARQUITECTÓNICAS QUE DIFICULTEN GRAVEMENTE EL DESENVOLVIMIENTO DE LA VIDA DIARIA:

SI NO

● ESPACIO INSUFICIENTE:

SI NO

● INDICAR LOS SERVICIOS DE QUE DISPONE:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| Nº <input type="checkbox"/> Dormitorios | <input type="checkbox"/> Ducha |
| <input type="checkbox"/> Luz eléctrica | <input type="checkbox"/> Baño |
| <input type="checkbox"/> Agua corriente | <input type="checkbox"/> Calefacción |
| <input type="checkbox"/> Agua caliente | <input type="checkbox"/> Teléfono |
| <input type="checkbox"/> Retrete en el domicilio | <input type="checkbox"/> Ascensor |
| <input type="checkbox"/> Lavabo | |

● ESTADO DE CONSERVACIÓN:

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Grietas | <input type="checkbox"/> Goteras |
| <input type="checkbox"/> Ruinas | <input type="checkbox"/> Averías graves |
| <input type="checkbox"/> Humedades | |

● UBICACIÓN:

- Casco urbano
 Aislada

● MEDIOS PÚBLICOS DE TRANSPORTE:

SI NO

● EN CASO DE RESIDENCIA, ¿DISPONE DE LOS SERVICIOS NECESARIOS PARA PRESTAR AL MAYOR UNA ATENCIÓN ADECUADA?:

SI NO

● OTRAS CARACTERÍSTICAS QUE SE CONSIDEREN DE INTERÉS:

.....
.....
.....

● INDICAR EL ITEM DEL BAREMO (SITUACIÓN DE VIVIENDA) QUE SE CONSIDERE DE APLICACIÓN EN ESTE CASO:

.....
.....
.....

● DIAGNÓSTICO SOCIAL (RESUMIR LAS CARACTERÍSTICAS MÁS FRECUENTES DEL CASO):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

_____, a _____ de _____ de
Firma: