

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/D^a _____
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.....Localidad.....
 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
 Muy 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)

Sí No

*Buenas **condiciones entorno convivencial** (apoyos familiares, cuidados básicos, ausencia de relaciones conflictivas) Sí 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 Sí 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.2.3. Dinámica familiar. Indicadores de posible maltrato

- Existencia de relaciones deterioradas/conflictivas:
 Sí 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

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

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 Sí
 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
Higiene			
Ventilación			
Iluminación			
Mantenimiento			

Observaciones _____

*** Equipamiento de la vivienda:**

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

B. Entorno del domicilio habitual

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

IV. APOYOS INSTITUCIONALES QUE ESTÁ RECIBIENDO

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

V. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y PROPUESTA
(de acuerdo con el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD)

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

En caso de que se valore que ningún servicio del catálogo es adecuado a las necesidades del solicitante y se proponga la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, deberá constar expresamente.

En Madrid, a..... de..... de.....

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL