



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE TRABALLO
E BENESTAR

ANEXO VIII-III

PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO INFORME SOCIAL
--	---	------------------------------------

INFORME SOCIAL A EFECTOS DE SOLICITUD DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y ELABORACIÓN DEL PIA

EMITIDO POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL

NÚMERO DE COLEGIADO ORGANISMO/ENTIDAD TELÉFONO

REFERENTE A DON/DOÑA

MOTIVO DEL INFORME

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO DNI/NIE

DIRECCIÓN LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA AYUNTAMIENTO

FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL TELEFONO1 TELEFONO2

PROFESIÓN SITUACIÓN LABORAL
 Activo Sin ocupación Pensionista

2. ANTECEDENTES DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

2.1. Con expediente en servicios sociales comunitarios:
 Sí, en SIUUS Sí, en otros Non

3. NÚCLEO DE CONVIVENCIA FAMILIAR

3.1. Unidad de convivencia formada por: (señalar el/la cuidador/a principal del beneficiario, si es el caso)

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco	Profesión	Situación laboral	Valoración de discapacidad (indicar porcentaje)

3.2. Otros miembros de la red informal de apoyo: (señalar la relación de parentesco con la persona en situación de dependencia)

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco	Profesión	Situación laboral	Valoración de discapacidad (indicar porcentaje)

Nota: Si existe rotación de la persona en situación de dependencia, cubrir los campos en relación a la unidad de convivencia con la que convive en el momento de presentar la solicitud y señalar rotación.

3.3. En caso de personas institucionalizadas, indicar:

NOMBRE DEL CENTRO Público/concertado Privado

FECHA DE INGRESO Permanente Temporal

TIPOLOGIA
 Centro de at. diúrno para personas mayores Centro de at. diúrno para personas con discapacidad
 Centro de at. residencial para personas mayores Centro de at. residencial para personas con discapacidad
 Otros (vivienda comunitaria, ...)

CVE-DOG: jinnzeh9-ywy5-7o91-oin3-pjgeohm3b773



XUNTA DE GALICIA

ISSN1130-9229

Depósito legal C.494-1998

<http://www.xunta.es/diario-oficial-galicia>

4. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

4.1. Dinámica relacional y funcionamiento de la red informal con respecto a la persona en situación de dependencia:

4.2. Análisis del cuidador/a principal

4.2.1. Perfil del cuidador/a:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Familiar y miembro de la unidad de convivencia | <input type="radio"/> Familiar que non0 convive con la persona dependiente |
| <input type="radio"/> Cuidador no familiar sin contraprestación económica | <input type="radio"/> Cuidador profesional remunerado |
| <input type="radio"/> Ausencia de cuidador | <input type="radio"/> Otros <input style="width: 150px;" type="text"/> |

4.2.2. Características del cuidado: (indicadores)

1. Fragilidad del apoyo familiar
 - Cuidador/a predependiente / dependencia acusada
 - Dificultad en la comprensión del proceso de la enfermedad / de la dependencia
 - Escasos conocimientos sobre los cuidados
 - Concurrencia de enfermedad / discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia
 - Cargas laborales, menores a cargo, otras personas en situación de dependencia a cargo
 - Signos de agotamiento físico / emocional
 - Dificultades de conexión social / aislamiento (o riesgo de abandono/desamparo) Ausencia de compromiso estable
2. Consistencia del apoyo familiar
 - Cuidador mayor de edad y buen estado general
 - Disponibilidad de tiempo
 - Seguridad económica
 - Conocimientos suficientes para la prestación de cuidados Disponibilidad de apoyos profesionales y complementarios Períodos de descanso
3. Riesgo de claudicación
 - Riesgo por impacto del cuidado
 - Riesgo por dificultad en la relación interpersonal
 - Riesgo por problemas de competencia

4.2.3. Intensidad de los cuidados: horas aproximadas de dedicación diaria:

- No se dispone de tiempo para atender la persona en situación de dependencia 1-2 2-4 4-8 Continua

4.3. Características de la persona en situación de dependencia:

4.3.1. Valoración de discapacidad SÍ NO

GRADO DISCAPACIDAD <input style="width: 100px;" type="text"/>	NECESIDAD ASISTENCIA DE TERCERA PERSONA <input style="width: 100px;" type="text"/>	EXISTENCIA DE DIFICULTADES PARA UTILIZAR TRANSP. PÚBLICO <input style="width: 100px;" type="text"/>
---	--	---

4.3.2. La persona en situación de dependencia se desplaza habitualmente de su domicilio habitual

- SÍ NO
- En caso afirmativo indicar si necesitaría el soporte de otra persona

OBSERVACIONES PROFESIONALES

4.4. Valoración de la atención a la persona en situación de dependencia:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene una fragilidad: | <input type="radio"/> Alta | <input type="radio"/> Media | <input type="radio"/> Baja |
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene una consistencia | <input type="radio"/> Alta | <input type="radio"/> Media | <input type="radio"/> Baja |
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene un riesgo de claudicación | <input type="radio"/> Alto | <input type="radio"/> Medio | <input type="radio"/> Bajo |
| La atención a la persona en situación de dependencia es: | <input type="radio"/> Buena | <input type="radio"/> Regular | <input type="radio"/> Mala |

CVE-DOG: j1nnzeh9-ywy5-7o91-oin3-pjgeohm3b773

5. RECURSOS Y SERVICIOS FORMALES DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

5.1. Recursos y servicios formales que percibe/disfruta el solicitante (públicos y /o privados):

5.1.1. La persona en situación de dependencia está atendida en su domicilio con un servicio de proximidad:

Teleasistencia Ayuda a domicilio Otros

INTENSIDAD HORARIA DEL SERVICIO (HORAS/MES) ORGANISMO/ENTIDADE PRESTATARIA

Público/concertado Privado En este caso indique si percibe cheque asistencial Sí NO

FECHA DEL SERVICIO CUANTÍA DEL SERVICIO (MENSUAL) Indicar la necesidad de permanencia en este programa Sí NO

5.1.2. La persona en situación de dependencia está siendo atendida en su domicilio por un cuidador/a del entorno:

Cuidador familiar Persona del entorno Asistente persoal Cuidador profesional remunerado Otro

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO DNI/NIF/NIE

ENDEREZO CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA AYUNTAMIENTO FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO SEXO Hombre Mujer REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL DESDE QUE FECHA RESIDE EN LA LOCALIDAD

Si no existe relación de parentesco hasta 3º de consanguinidad/afinidad, señalar si lleva mas de 1 año viviendo en el mismo ayuntamiento del solicitante u otro vecino:

Sí NO

Formación específica de la persona cuidadora:

Sí NO

5.1.3. La persona en situación de dependencia está atendida en un Centro de Día o Residencial:

Centro de atención diurna Centro de atención residencial

Temporal Permanente Público/concertado Privado Indique si percibe cheque asistencial Sí NO

TIPOLOGÍA

Personas mayores Con discapacidad Especializado

DENOMINACIÓN DEL CENTRO INTENSIDAD HORARIA

ORGANISMO/ENTIDAD FECHA DE INGRESO CUANTÍA DE LA PLAZA (MES)

DIRECCIÓN DEL CENTRO LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA AYUNTAMIENTO

5.2. Recursos y servicios que podrían cubrir sus necesidades (cumplimentar sólo cuando no coincida con el recurso o servicio que ya percibe. Enumerar e indicar intensidad)

8. OTROS DATOS DE INTERES Y VALORACIÓN PROFESIONAL

8.1. Propuesta de servicios y otros apoyos idóneos: (teniendo en cuenta que los servicios son prioritarios y la prestaciones económicas tienen carácter **excepcional**)

- Teleasistencia Ayuda en el hogar Servicio de atención diurna Servicio de atención de noche
 Servicio de atención residencial Libranza de servicio de: Asistencia personal
 Sin acompañante
 Con acompañante Servicio de promoción de la autonomía personal
 Cuidados en el entorno por cuidador familiar Otros (RESPIRO) Ayudas para la autonomía personal

* Intensidad de la/s propuesta/s (horas/mes) y entidad prestataria:

* Datos del cuidador/a del entorno y/o asistente personal (cumplimentar sólo cuando no coincida con los datos del cuidador del punto 5.1.2.):

- Cuidador familiar Persona del entorno Asistente personal

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO DNI/NIF/NIE

DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESCALERA, PISO, PUERTA) CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA AYUNTAMIENTO FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO SEXO Hombre Mujer REG. SEGURIDAD SOCIAL DESDE QUE FECHA RESIDE EN LA LOCALIDAD

Si no existe relación de parentesco hasta 3º de consanguinidad/afinidad, señalar si lleva más de un año viviendo en el mismo ayuntamiento del solicitante o en otro vecino:

- Sí NO

Formación específica de la persona cuidadora:

- Sí NO

* Datos del centro propuesto (cumplimentar sólo cuando no coincida con los datos del apartado 4.1.3.):

- Centro de atención diurna Centro de atención residencial
 Temporal Permanente Público/concertado Privado Indique si percibe cheque asistencial Sí NO

TIPOLOGÍA

- Personas mayores Con discapacidad Especializado

DENOMINACIÓN DEL CENTRO INTENSIDAD HORARIA

ORGANISMO/ENTIDAD FECHA DE INGRESO CUANTÍA DE LA PLAZA (MES)

DIRECCIÓN DEL CENTRO PROVINCIA AYUNTAMIENTO

* En el caso de la modalidad de ayuda en el hogar y de asistencia personal especificar qué tipo de atenciones necesitaría y para qué actividades y tareas:

* En el caso de la modalidad de cuidados en el entorno especificar la necesidad de respiro para el cuidador/a, indicando el servicio propuesto y la intensidad del respiro:

Diagnóstico social y valoración profesional:

FIRMA DEL/LA TRABALLADOR/A SOCIAL

SELLO

Lugar y fecha

, de de