

VIERNES, 31 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 104

 icass Instituto Cantabro de Servicios Sociales	INFORME DE ENTORNO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

PERSONA SOLICITANTE Y ENTORNO VALORADO

1er apellido	2º apellido	Nombre	DNI/NIF			
Domicilio		número	bloque	escalera	piso	puerta
Localidad	C. Postal	Personas con las que convive				

1. Características de la vivienda

La situación de habitabilidad de la vivienda es...	☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
La situación de higiene de la vivienda es...	☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
La situación del mantenimiento de la vivienda es...	☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
Equipamiento: agua caliente ☐ SI ☐ NO	electrodomésticos básicos ☐ SI ☐ NO
teléfono ☐ SI ☐ NO	
Otras deficiencias a señalar:	

2. Identifique barreras en el entorno

Estructurales	
De comunicación	
Otras	

3. Identifique facilitadores en el entorno y el empleo de productos de apoyo

Para la movilidad	
Para déficits sensoriales	
Para la alimentación	
Para la higiene personal	
Otros	

4. Identifique los servicios que recibe actualmente

☐ TAD ☐ SAD ☐ Centro de Día ☐ Otros. Citar: _____

5. Identifique la persona que realiza las funciones de cuidador no profesional

1er apellido	2º apellido	Nombre	DNI/NIF
Fecha nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Estado civil
Relación de parentesco			

- ¿Convive con la persona solicitante? ☐ SI ☐ NO
- En caso de no convivir ¿reside en el mismo edificio o en uno contiguo? ☐ SI ☐ NO
- En caso de no convivir ¿reside en una localidad del entorno rural no distante más de 20 kms. que no requiera un tiempo de desplazamiento superior a 30 minutos? ☐ SI ☐ NO

CVE-2019-4886

VIERNES, 31 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 104

6. ¿Presenta la persona cuidadora no profesional alguna de las siguientes situaciones?

Reconocimiento discapacidad	☐ SI ☐ NO	Porcentaje: ____%; Fecha reconoc.: ____/____/____
Reconoc. grado dependencia	☐ SI ☐ NO	Grado: ____; Fecha reconoc.: ____/____/____
Problemas de salud	☐ SI ☐ NO	Especificar:
Sobrecarga física:	☐ SI ☐ NO	Especificar:
Riesgo de claudicación:	☐ SI ☐ NO	Especificar:
Experiencia en el cuidado	☐ SI ☐ NO	Antigüedad aproximada:
Falta de formación	☐ SI ☐ NO	
Cuidador de otra persona en situación de dependencia	☐ SI ☐ NO	Datos de la otra persona cuidada (nombre y apellidos, edad, grado...)
¿Cuenta con ayuda de otras personas en el cuidado?	☐ SI ☐ NO	Especificar:
¿Dedica al cuidado, sola o con ayuda de otros, el tiempo suficiente?	☐ SI ☐ NO	
Conflicto familiar en el domicilio	☐ SI ☐ NO	Especificar:
Otras		

7. ¿Considera que la persona solicitante recibe una atención adecuada y suficiente de su cuidador/a no profesional? ☐ SI ☐ NO En caso negativo indique las razones:

8. Indique si han sido necesarias adaptaciones en la unidad convivencial

La persona solicitante ha tenido que trasladarse de su domicilio habitual	☐ SI ☐ NO
La persona solicitante rota periódicamente por diferentes domicilios	☐ SI ☐ NO
La persona cuidadora ha trasladado su domicilio al de la persona solicitante	☐ SI ☐ NO
La persona cuidadora ha tenido que dejar su actividad profesional	☐ SI ☐ NO
La persona cuidadora ha tenido que reducir su actividad profesional	☐ SI ☐ NO

9. ¿Considera que el domicilio es adecuado para atender a la persona? ☐ SI ☐ NO
En caso negativo indique las razones:

10. Preferencias de atención de la persona solicitante (observadas o comunicadas al valorador/a)

11. Observaciones

En a de de 20.....

Fdo.:
(Firma del valorador/a)

CVE-2019-4886