

ANEXO 5

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/Doña _____
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.....

Dirección: C/ Plaza..... N°..... 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
 Muv 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) Si No

*Buenas **condiciones entorno convivencial** (apoyos familiares, cuidados básicos, ausencia de relaciones conflictivas) Si 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 Si 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:
 Si 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 Si
 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	Observaciones
Higiene				_____
Ventilación				_____
Iluminación				_____
Mantenimiento				_____

* Equipamiento de la vivienda:

Agua caliente Calefacción Electrodomésticos básicos Teléfono

-Dispone de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar Si No

-Barreras arquitectónicas Si No

-Elementos de protección (detección y/o protección de incendios, gas, agua) Si No

B. Entorno del domicilio habitual

*Condiciones de Accesibilidad: ¿existen de barreras arquitectónicas para acceder al domicilio? Si No

*Comunicaciones y servicios: ¿existen transportes y servicios públicos próximos? Si No

IV. APOYOS INSTITUCIONALES QUE ESTÁ RECIBIENDO

DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES			
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

OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL (Educación, Sanidad, Empleo)

Servicio/Centro/Prestación	Denominación, titular y provisión (privada, mutualidad)	Aportación del usuario
		-----€/mes
		-----€/mes

V. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y PROPUESTA

(teniendo en cuenta el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD, así como el régimen de compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos)

.....

En....., a..... de..... de 2010

Fdo: Trabajador/a Social