



INFORME DE PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS

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 (B.O.E n° 299, de 15 de diciembre de 2006)

Datos de solicitante

Primer apellido:		Segundo apellido:		
Nombre:	Fecha nacimiento	DNI/Pasaporte	Sexo	
			Varón	Mujer

Una vez aplicado el Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) a la persona solicitante numere según su criterio profesional de idoneidad, el orden de los servicios/prestaciones más adecuados para la atención de la persona solicitante.

- Servicio de Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a domicilio
- Servicio de Centro de Día
- Servicio de Centro de Noche
- Servicio de Atención Residencial
- Prestación económica vinculada al servicio
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal

Una vez aplicada la Escala de Valoración Específica (EVE) a la persona solicitante numere según su criterio profesional de idoneidad, el orden de los servicios/prestaciones más adecuados para la atención de la persona solicitante.

- Servicio de Ayuda a domicilio
- Prestación económica vinculada al servicio
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Informe emitido por D./a.
Centro/ Organismo público
Sello o etiqueta adhesiva
Firma y Fecha

	INFORME DE ENTORNO
	RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA
	<small>Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (B.O.E. nº 289, de 16 de diciembre de 2006)</small>

Datos del solicitante

Primer apellido:		Segundo apellido:	
Nombre:	Fecha nacimiento	DNI/Pasaporte	Sexo Varón Mujer

1. Identifique barreras en el entorno

Estructurales	
De comunicación	

2. Identifique facilitadores en el entorno

Adaptaciones para la movilidad	
Adaptaciones por déficit sensorial	
Adaptación para la alimentación	
Adaptación para la higiene personal	

3. Identifique el empleo de ayudas técnicas

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

1º apellido		<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
2º apellido		Fecha nacimiento
Nombre	DNI/Pasaporte	Nacionalidad

5. Identifique si la persona que realiza las funciones de cuidador no profesional presenta alguna de las siguientes situaciones:

Sobrecarga Física	Problemas de Salud	Experiencia en el cuidado	Falta de Formación	Riesgo de claudicación

6. ¿Considera que recibe una atención suficiente de su cuidador/a no profesional? SI NO

7. Identifique si han sido necesarias adaptaciones en la unidad convivencial

La persona solicitante ha tenido que trasladarse de su domicilio habitual	
La persona cuidadora ha trasladado su domicilio al de la persona solicitante	
La persona cuidadora ha tenido que dejar su actividad profesional	

8. ¿Considera que el domicilio es adecuado para atender a la persona? SI NO

Informe emitido por D./a.
 Centro / Organismo público
 Sello o etiqueta adhesiva
 Firma y Fecha