XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL E IGUALDADE

ANEXO VIII-III

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

# INFORME SOCIAL UNIFICADO

**(mayores, discapacidad y dependencia)**

## DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL QUE EMITE EL INFORME

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | Nº DE COLEGIADO/A

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

ENTIDAD/ORGANISMO

## MOTIVO DEL INFORME

VALORACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS/PRESTACIONES POR DEPENDENCIA

SERVICIOS

PRESTACIONES ECONÓMICAS

ACCESO A SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

ACCESO A SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

☐ COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL (especificar)

☐ REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL (especificar)

☐ URGENCIA SOCIAL/EMERGENCIA

☐ COMUNICACIÓN DE PRESUNTA INCAPACIDAD

☐ OTROS (especificar)

OTROS TRÁMITES INICIADOS

## I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTERESADA

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF/NIE

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO | FECHA DE NACIMIENTO

SEXO: ◯ HOMBRE ◯ MUJER

ESTADO CIVIL

HISTORIA SOCIAL: ☐ NO ☐ SÍ ☐ SIUSS ☐ EVO ☐ IANUS ☐ OTROS

## I.1. SITUACION LEGAL

INCAPACITACIÓN LEGAL: ◯ NO ◯ EN TRÁMITE ◯ SÍ

GUARDADOR DE HECHO: ◯ NO ◯ SÍ

TIPO DE REPRESENTACIÓN: ◯ REPRESENTANTE LEGAL ◯ GUARDADOR DE HECHO

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF/NIE

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

## I.2. OTROS DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CON DISCAPACIDAD: ◯ NO ◯ SÍ PORCENTAJE:

ATP: ◯ NO ◯ SÍ

MOVILIDAD REDUCIDA: ◯ NO ◯ SÍ

RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA: ◯ NO ◯ EN TRÁMITE ◯ SÍ GRADO:

COBERTURA SANITARIA: ◯ NO ◯ SÍ ENTIDAD:

## I.3. FORMACION Y SITUACION LABORAL

PERSONA INTERESADA EN EDAD LABORAL: ◯ NO ◯ SÍ

OCUPACIÓN

FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN OCUPACIONAL

PROFESIÓN

EXPERIENCIA LABORAL

OTROS DATOS DE INTERÉS

## II. SITUACION DE EMERGENCIA SOCIAL

¿ES UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA SOCIAL?

◯ NO ◯ SÍ

ESPECIFICAR EMERGENCIA SOCIAL

COMUNICACIÓN A FISCALÍA/JUZGADO

◯ NO ◯ SÍ

OTRA INFORMACIÓN JUSTIFICATIVA DE LA NECESIDAD Y URGENCIA

PROPUESTA

## III. NECESIDADES E INTERESES

NECESIDAD DE APOYOS EN ABVD

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

NECESIDAD DE AYUDAS TÉCNICAS

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

NECESIDAD DE ADAPTACIÓN DEL HOGAR

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

NECESIDAD DE OTROS APOYOS PARA LA CALIDAD DE VIDA

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

## PREFERENCIAS DE LA PERSONA

◯ **CONTINUAR EN SU DOMICILIO ACTUAL CON EL/LOS SERVICIOS/PRESTACIONES DE**

SERVICIOS

PRESTACIONES ECONÓMICAS

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

**PREFERENCIAS DE LA PERSONA** (continuación)

◯ **CAMBIO DE UNIDAD DE CONVIVENCIA (OTRO DOMICILIO FAMILIAR)**

| TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD |
|---|---|---|---|
| | | | |

**CON EL/LOS SERVICIOS/PRESTACIONES DE**

SERVICIOS

PRESTACIONES ECONÓMICAS

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

◯ **PERMANECER EN EL CENTRO RESIDENCIAL**

◯ **CAMBIAR DE CENTRO RESIDENCIAL (ESPECIFICAR EL TIPO DE RECURSO)**

## VALORACIÓN PROFESIONAL

VALORACIÓN PROFESIONAL A PARTIR DE NECESIDADES, CAPACIDADES Y EXPECTATIVAS DE LA PERSONA (EN SU CASO, INCLUYENDO OTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NO RECOGIDA ANTERIORMENTE)

## IV. SITUACION DE CONVIVENCIA

◯ EN CENTRO/UNIDAD RESIDENCIAL ◯ EN PENSIÓN O SIMILAR ◯ EN DOMICILIO PARTICULAR ◯ VIVE SOLO/A ◯ ROTA

TIPOLOGÍA

OTROS DATOS DE INTERÉS

## IV.1 UNIDAD DE CONVIVENCIA

DOMICILIO/S PARTICULAR/ES

◯ NO ◯ SÍ

**PERSONA 1**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % | DEPEND Gº | OBSERVACIONES

**PERSONA 2**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % | DEPEND Gº | OBSERVACIONES

**PERSONA 3**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % | DEPEND Gº | OBSERVACIONES

**PERSONA 4**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % | DEPEND Gº | OBSERVACIONES

## IV.1 UNIDAD DE CONVIVENCIA (continuación)

**PERSONA 5**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % | DEPEND Gº | OBSERVACIONES

**PERSONA 6**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % | DEPEND Gº | OBSERVACIONES

## IV.2 RELACIONES DE CONVIVENCIA

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES QUE CONDICIONAN LA CONVIVENCIA

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

**RELACIONES FAMILIARES (se excluyen malos tratos o abandonos, ya incluidos en punto II) (ver escala de funcionamiento familiar)**

VÍNCULOS AFECTIVOS

◯ POSITIVOS ◯ NEGATIVOS ◯ CONTRADICTORIOS ◯ AISLAMIENTO AFECTIVO

IMPLICACIÓN Y RESPONSABILIDADES

◯ INAPRECIABLES ◯ COMPARTIDAS ◯ FOCALIZADAS EN UN MIEMBRO

RELACIONES

◯ NORMALIZADAS/BUENAS/ACEPTABLES ◯ ESCASAS/INSUFICIENTES ◯ CONFLICTIVAS/MALAS

## IV.3 FAMILIARES CON LOS QUE NO CONVIVE (y son significativos para la persona)

◯ NO ◯ SÍ

**PERSONA 1**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES (frecuencia de relación, apoyos, ...)

**PERSONA 2**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES (frecuencia de relación, apoyos, ...)

**PERSONA 3**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES (frecuencia de relación, apoyos, ...)

## IV.4 OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS (red de apoyo social)

◯ NO ◯ SÍ

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES

## V. PRESTACIÓN DE APOYOS FAMILIARES/NO PROFESIONALES

◯ NO ◯ SÍ

FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVE

◯ DIARIOS ◯ SEMANALES ◯ ESPORÁDICOS ◯ NO RECIBE

FAMILIARES CON LOS QUE NO CONVIVE

◯ DIARIOS ◯ SEMANALES ◯ ESPORÁDICOS ◯ NO RECIBE

APOYOS VECINALES

◯ DIARIOS ◯ SEMANALES ◯ ESPORÁDICOS ◯ NO RECIBE

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE APOYOS

◯ INEXISTENTES ◯ INSUFICIENTES ◯ ADECUADOS

DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR/A FAMILIAR

◯ NO ◯ SÍ

Nº DE CUIDADORES/AS

### V.1. CUIDADOR/A PRINCIPAL (persona que presta todos o gran parte de los apoyos)

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN | TIEMPO DEDICADO

APOYOS QUE PRESTA

OBSERVACIONES

### V.2. OTROS CUIDADORES/AS (persona/s que comparten los cuidados o proporcionan apoyos parciales)

**PERSONA 1**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN | TIEMPO DEDICADO

APOYOS QUE PRESTA

OBSERVACIONES

**PERSONA 2**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN | TIEMPO DEDICADO

APOYOS QUE PRESTA

OBSERVACIONES

## V.2. OTROS CUIDADORES/AS (continuación)

**PERSONA 3**

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO | OTRO TIPO DE RELACIÓN | TIEMPO DEDICADO

APOYOS QUE PRESTA

OBSERVACIONES

## V.3. PERFIL DE CUIDADOS FAMILIARES (incluir todo el sistema de apoyos familiares)

◯ FAMILIAR MIEMBRO DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA ◯ FAMILIAR QUE NO CONVIVE

◯ CUIDADOR NO FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN ◯ CUIDADOR NO FAMILIAR REMUNERADO

**Valoración de características (ver anexo X)**

FRAGILIDAD

◯ ALTA ◯ MEDIA ◯ BAJA

CONSISTENCIA

◯ ALTA ◯ MEDIA ◯ BAJA

RIESGO DE CLAUDICACIÓN

◯ ALTA ◯ MEDIA ◯ BAJA

VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS FAMILIARES

◯ ADECUADOS ◯ ADECUADOS, PERO INSUFICIENTES ◯ INADECUADOS

## VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NO RECOGIDA ANTERIORMENTE, SÍNTESIS DE CAPACIDADES Y LIMITACIONES FAMILIARES EN LA PRESTACIÓN DE APOYOS, SOBRECARGA FAMILIAR, CARENCIAS Y POSIBILIDADES DE COMPENSACIÓN

## VI. VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

RÉGIMEN DE TENENCIA

PERSONAS | HABITACIONES | COSTE ANUAL | SUPERFICIE ($m^2$) | $M^2$ POR PERSONA

**EQUIPAMIENTOS**

☐ AGUA CORRIENTE ☐ W.C. ☐ DUCHA ☐ ELECTRICIDAD ☐ GAS

☐ AGUA CALIENTE ☐ TELÉFONO ☐ FRIGORÍFICO ☐ CALEFACCIÓN (TOTAL) ☐ LAVADORA AUTOMÁTICA

**HABITABILIDAD**

☐ BARRERAS ARQUIT. ACCESO ☐ BARRERAS ARQUIT. VIVIENDA ☐ FALTA ILUMINACIÓN NATURAL ☐ FALTA VENTILACIÓN

☐ DETERIORADA (goteras, humedad, ...) ☐ AMENAZA RUINA ☐ ACEPTABLE

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (alarma de intrusos, detección de incendios, gas, agua, ...):**

◯ NO ◯ SÍ (Especificar los elementos de protección existentes y otros apoyos técnicos)

## VI. VIVIENDA (continuación)

**ENTORNO DE LA VIVIENDA**

◯ URBANO ◯ SEMIURBANO ◯ URBANO, ZONA MARGINAL ◯ RURAL ◯ RURAL AISLADO

ACCESIBILIDAD A SERVICIOS Y RECURSOS

◯ BUENA ◯ REGULAR ◯ MALA

TRANSPORTE PÚBLICO

◯ CADA HORA ◯ 4-8 VECES AL DÍA ◯ 1-2 VEZ AL DÍA ◯ A DEMANDA ◯ NO HAY ◯ NO ES ACCESIBLE

TRANSPORTE ADAPTADO

◯ NO ◯ SÍ

## VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA SOBRE LA VIVIENDA NO RECOGIDA ANTERIORMENTE Y VALORACIÓN DE IDONEIDAD TENIENDO EN CUENTA LAS CARACTERÍSTICAS, LAS PERCEPCIONES DE LA PERSONA Y LA FAMILIA Y EL ACCESO A RECURSOS Y SERVICIOS. NECESIDAD DE REALIZAR ADAPTACIONES EN EL HOGAR.

## VII. SERVICIOS/PRESTACIONES SOCIALES QUE UTILIZA LA PERSONA

**0. LA PERSONA NO RECIBE NINGÚN SERVICIO O PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.** ☐

**1. LA PERSONA UTILIZA SERVICIOS SOCIALES DE PROXIMIDAD.** ◯ NO ◯ SÍ

**1.1. TELEASISTENCIA**

TIPO | ACCESO | ENTIDAD/ORGANISMO

**1.2. AYUDA EN EL HOGAR**

TIPO | INTENSIDAD | ACCESO | FECHA DE INICIO

ENTIDAD/ORGANISMO

**1.3. RECIBE COMIDA EN CASA**

◯ NO ◯ SÍ ACCESO

**1.4. USA TRANSPORTE ADAPTADO**

◯ NO ◯ SÍ

**1.5. CENTRO DE DÍA/TALLER**

TIPO | INTENSIDAD | ACCESO | FECHA DE INICIO

ENTIDAD/ORGANISMO

**1.6. VIVIENDA TUTELADA**

TIPO DE PLAZA | ACCESO | FECHA DE INGRESO

ENTIDAD/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DEL SERVICIO

◯ NO ◯ SÍ

RECIBE OTROS SERVICIOS DE APOYO

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

**2. LA PERSONA UTILIZA SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.** ◯ NO ◯ SÍ

**2.1. CENTRO RESIDENCIAL**

TIPO DE PLAZA

ACCESO

FECHA DE INGRESO

ENTIDAD/ORGANISMO

**2.2. OTROS SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS**

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

ACCESO

ENTIDAD/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DEL SERVICIO

◯ NO ◯ SÍ

RECIBE OTROS SERVICIOS DE APOYO

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

**3. LA PERSONA RECIBE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO.** ◯ NO ◯ SÍ

**3.1. LA PERSONA ESTÁ ATENDIDA EN SU DOMICILIO POR CUIDADOR/A.**

◯ NO ◯ SÍ ☐ RECIBE/HA RECIBIDO FORMACIÓN ESPECÍFICA ☐ DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

**3.2. LA PERSONA ESTÁ ATENDIDA POR ASISTENTE PERSONAL**

◯ NO ◯ SÍ ☐ DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

OTROS APOYOS EN EL ENTORNO

◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

**4. LA PERSONA RECIBE OTROS SERVICIOS Y/O PRESTACIONES SOCIALES.** ◯ NO ◯ SÍ (ESPECIFICAR)

## VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NO RECOGIDA ANTERIORMENTE Y VALORACIÓN DE IDONEIDAD DE LAS PRESTACIONES O SERVICIOS SOCIALES Y DE SU IMPACTO EN LA UNIDAD DE CONVIVENCIA.

## VIII. OTROS SERVICIOS/PRESTACIONES QUE UTILIZA LA PERSONA (educación, sanidad, empleo)

SERVICIO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDAD

LOCALIDAD

CONTENIDO

OBSERVACIONES

## VIII. OTROS SERVICIOS/PRESTACIONES QUE UTILIZA LA PERSONA (continuación)

SERVICIO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDAD

LOCALIDAD

CONTENIDO

OBSERVACIONES

SERVICIO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDAD

LOCALIDAD

CONTENIDO

OBSERVACIONES

## IX. SITUACIÓN ECONÓMICA

INGRESOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/INGRESOS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

**INGRESOS NETOS (PENSIONES, PRESTACIONES, RETRIBUCIONES….)**

CONCEPTO | CUANTÍA MENSUAL | NÚMERO DE PAGAS

**RENDIMIENTOS DEL CAPITAL MOBILIARIO**

CONCEPTO | CUANTÍA ANUAL

**OTROS RENDIMIENTOS (DEL CAPITAL INMOBILIARIO, ACTIVIDADES ECONÓMICAS)**

CONCEPTO | CUANTÍA ANUAL

**GANANCIAS Y PÉRDIDAS PATRIMONIALES (VENTAS, REEMBOLSOS..)**

CONCEPTO | CUANTÍA ANUAL

**GASTOS FIJOS DEL SOLICITANTE/DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA**

ALQUILERES (CUANTÍA MENSUAL) | HIPOTECAS (CUANTÍA MENSUAL) | SERVICIOS DE ATENCIÓN (CUANTÍA MENSUAL)

## OTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA

## X. VALORACION PROFESIONAL Y PROPUESTA

**1. DIAGNÓSTICO SOCIAL (Síntesis de la información significativa y valoración profesional)**

**2. PRONÓSTICO (Síntesis de consecuencias, si no se interviene en la situación personal/familiar)**

**3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

◯ 1. ACCESO A SERVICIOS/PRESTACIONES.

◯ 2. ARTICULACIÓN DE APOYOS INSTITUCIONALES Y SOCIALES.

## FIRMA DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL

Lugar y fecha

, de de