



PROCEDIMIENTO

RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO

BS210A

DOCUMENTO

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		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO	FECHA DE NACIMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SEXO	ESTADO CIVIL	HISTORIA SOCIAL			
<input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SIUSS <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> IANUS <input type="checkbox"/> OTROS	<input type="text"/>		

I.1. SITUACION LEGAL

INCAPACITACIÓN LEGAL	GUARDADOR DE HECHO	TIPO DE REPRESENTACIÓN			
<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="radio"/> GUARDADOR DE HECHO			
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/NIE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

I.2. OTROS DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CON DISCAPACIDAD	ATP	MOVILIDAD REDUCIDA	RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA
<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PORCENTAJE: <input type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SÍ GRADO: <input type="text"/>
COBERTURA SANITARIA	ENTIDAD: <input type="text"/>		
<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ			

I.3. FORMACION Y SITUACION LABORAL

PERSONA INTERESADA EN EDAD LABORAL
<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
OCUPACIÓN
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
FORMACIÓN ACADÉMICA
<input type="text"/>
FORMACIÓN OCUPACIONAL
<input type="text"/>
PROFESIÓN
<input type="text"/>
EXPERIENCIA LABORAL
<input type="text"/>
<input type="text"/>
OTROS DATOS DE INTERÉS
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

CON EL/LOS SERVICIOS/PRESTACIONES DE

SERVICIOS

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

PRESTACIONES ECONÓMICAS

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

<input type="text"/>
<input type="text"/>

PERMANECER EN EL CENTRO RESIDENCIAL

CAMBIAR DE CENTRO RESIDENCIAL (ESPECIFICAR EL TIPO DE RECURSO)

<input type="text"/>

VALORACIÓN PROFESIONAL

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

<input type="text"/>

IV. SITUACION DE CONVIVENCIA

EN CENTRO/UNIDAD RESIDENCIAL

EN PENSIÓN O SIMILAR

EN DOMICILIO PARTICULAR

VIVE SOLO/A

ROTA

TIPOLOGÍA

<input type="text"/>

OTROS DATOS DE INTERÉS

<input type="text"/>

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 G° OBSERVACIONES

--	--	--

PERSONA 2

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--

PARENTESCO OTRO TIPO DE RELACIÓN

--	--

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIONES

--	--	--

PERSONA 3

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--

PARENTESCO OTRO TIPO DE RELACIÓN

--	--

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIONES

--	--	--

PERSONA 4

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--

PARENTESCO OTRO TIPO DE RELACIÓN

--	--

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° 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 G° OBSERVACIONES

PERSONA 6

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° 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			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIONES					
<input type="text"/>					

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIONES					
<input type="text"/>					

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIONES					
<input type="text"/>					

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIONES					
<input type="text"/>					

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 DE CUIDADORES/AS

NO SÍ

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 (m²) M² 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2. AYUDA EN EL HOGAR

TIPO	INTENSIDAD	ACCESO	FECHA DE INICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDAD/ORGANISMO

1.3. RECIBE COMIDA EN CASA

ACCESO
 NO SÍ

1.4. USA TRANSPORTE ADAPTADO

NO SÍ

1.5. CENTRO DE DÍA/TALLER

TIPO	INTENSIDAD	ACCESO	FECHA DE INICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDAD/ORGANISMO

1.6. VIVIENDA TUTELADA

TIPO DE PLAZA	ACCESO	FECHA DE INGRESO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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