



PROCEDEMENTO <b>RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>INFORME SOCIAL</b>
---	---	------------------------------------

**INFORME SOCIAL UNIFICADO  
(maiores, discapacidade e dependencia)**

**DATOS DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL QUE EMITE O INFORME**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	Nº DE COLEXIADO/A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENTIDADE/ORGANISMO			
<input type="text"/>			

**MOTIVO DO INFORME**

VALORACIÓN E ACCESO A SERVIZOS/PRESTACIÓNS POR DEPENDENCIA

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

ACCESO A SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

ACCESO A SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS

COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL (especificar)

REQUERIMENTO INSTITUCIONAL (especificar)

URXENCIA SOCIAL/EMERXENCIA

COMUNICACIÓN DE PRESUNTA INCAPACIDADE

OUTROS (especificar)

OUTROS TRÁMITES INICIADOS

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA PERSOA INTERESADA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/NIE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO	DATA DE NACEMENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SEXO	ESTADO CIVIL	HISTORIA SOCIAL			
<input type="radio"/> HOME <input type="radio"/> MULLER	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SIUSS <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> IANUS <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="text"/>		

### I.1. SITUACION LEGAL

INCAPACITACIÓN LEGAL	GARDADOR/A DE FEITO	TIPO DE REPRESENTACIÓN			
<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="radio"/> GARDADOR/A DE FEITO			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/NIE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

### I.2. OUTROS DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CON DISCAPACIDADE	ATP	MOBILIDADE REDUCIDA	RECOÑECEMENTO DE DEPENDENCIA
<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI PORCENTAXE: <input type="text"/>	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SI GRAO: <input type="text"/>
COBERTURA SANITARIA	ENTIDADE:		
<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI	<input type="text"/>		

### I.3. FORMACION E SITUACION LABORAL

PERSOA INTERESADA EN IDADE LABORAL
<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI
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"/>
OUTROS DATOS DE INTERESE
<input type="text"/>

## II. SITUACION DE EMERXENCIA SOCIAL

¿É UNHA SITUACIÓN DE EMERXENCIA SOCIAL?

NON  SI

ESPECIFICAR EMERXENCIA SOCIAL

COMUNICACIÓN A FISCALÍA/XULGADO

NON  SI

OUTRA INFORMACIÓN XUSTIFICATIVA DA NECESIDADE E URXENCIA

PROPOSTA

## III. NECESIDADES E INTERESES

NECESIDADE DE APOIOS EN ABVD

NON  SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DE AXUDAS TÉCNICAS

NON  SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DE ADAPTACIÓN DO FOGAR

NON  SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DOUTROS APOIOS PARA A CALIDADE DE VIDA

NON  SI (ESPECIFICAR)

## PREFERENCIAS DA PERSOA

CONTINUAR NO SEU DOMICILIO ACTUAL CO/OS SERVIZOS/PRESTACIÓNS DE:

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

**PREFERENCIAS DA PERSOA** (continuación)

CAMBIO DE UNIDADE DE CONVIVENCIA (OUTRO DOMICILIO FAMILIAR):

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

CO/OS SERVIZOS/ PRESTACIÓNS DE

SERVIZOS

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

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

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

SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

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

PERMANECER NO CENTRO RESIDENCIAL

CAMBIAR O CENTRO RESIDENCIAL (ESPECIFICAR O TIPO DE RECURSO)

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

**VALORACIÓN PROFESIONAL**

VALORACIÓN PROFESIONAL: A PARTIR DE NECESIDADES, CAPACIDADES E EXPECTATIVAS DA PERSOA (SE É O CASO, INCLUÍNDO OUTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE)

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

**IV. SITUACION DE CONVIVENCIA**

EN CENTRO/UNIDAD RESIDENCIAL     EN PENSIÓN OU SIMILAR     EN DOMICILIO PARTICULAR     VIVE SÓ/A     ROTA

TIPOLOXÍA

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

OUTROS DATOS DE INTERESE

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

**IV.1 UNIDADE DE CONVIVENCIA**

DOMICILIO/S PARTICULAR/ES

NON  SI

**PERSOA 1**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP %  DEPEND G°  OBSERVACIÓNS

**PERSOA 2**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP %  DEPEND G°  OBSERVACIÓNS

**PERSOA 3**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP %  DEPEND G°  OBSERVACIÓNS

**PERSOA 4**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP %  DEPEND G°  OBSERVACIÓNS

**IV.1 UNIDADE DE CONVIVENCIA** (continuación)

**PERSOA 5**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP %  DEPEND G°  OBSERVACIÓNS

**PERSOA 6**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP %  DEPEND G°  OBSERVACIÓNS

**IV.2 RELACIÓNS DE CONVIVENCIA**

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES QUE CONDICIONAN A CONVIVENCIA

NON  SI (ESPECIFICAR)

RELACIÓNS FAMILIARES (se excluen malos tratos ou abandonos, xa incluídos no punto II) (ver escala de funcionamento familiar)

VÍNCULOS AFECTIVOS

POSITIVOS  NEGATIVOS  CONTRADICTORIOS  ILLAMENTO AFECTIVO

IMPLICACIÓN E RESPONSABILIDADES

INAPRECIABLES  COMPARTIDAS  FOCALIZADAS NUN MEMBRO

RELACIÓNS

NORMALIZADAS/BOAS/ACEPTABLES  ESCASAS/INSUFICIENTES  CONFLITIVAS/MALAS

**IV.3 FAMILIARES COS QUE NON CONVIVE (e son significativos para a persoa)**

NON  SI

**PERSOA 1**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)

**PERSOA 2**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)

**PERSOA 3**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)

#### IV.4 OUTRAS PERSOAS SIGNIFICATIVAS (rede de apoio social)

NON  SI

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOME DA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  ANDAR  PORTA

CP  PROVINCIA  CONCELLO  LOCALIDADE

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS



## V. PRESTACIÓN DE APOIOS FAMILIARES/NON PROFESIONAIS

NON  SI

FAMILIARES COS QUE CONVIVE

DIARIOS  SEMANAIS  ESPORÁDICOS  NON RECIBE

FAMILIARES COS QUE NON CONVIVE

DIARIOS  SEMANAIS  ESPORÁDICOS  NON RECIBE

APOIOS VECIÑAIS

DIARIOS  SEMANAIS  ESPORÁDICOS  NON RECIBE

CARACTERIZACIÓN XERAL DE APOIOS

INEXISTENTES  INSUFICIENTES  AXEITADOS

DESEMPEÑO DO ROL DE COIDADOR/A FAMILIAR

Nº DE COIDADORES/AS

NON  SI

### V.1. COIDADOR/A PRINCIPAL (persoa que presta todos ou gran parte dos apoios)

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN  TEMPO ADICADO

APOIOS QUE PRESTA

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

OBSERVACIÓNS

### V.2. OUTROS COIDADORES/AS (persoa/s que comparten os cuidados ou proporcionan apoios parciais)

#### PERSOA 1

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN  TEMPO DEDICADO

APOIOS QUE PRESTA

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

OBSERVACIÓNS

#### PERSOA 2

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO  OUTRO TIPO DE RELACIÓN  TEMPO DEDICADO

APOIOS QUE PRESTA

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

OBSERVACIÓNS

**V.2. OUTROS COIDADORES/AS** (continuación)**PERSOA 3**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN	TEMPO DEDICADO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
APOIOS QUE PRESTA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBSERVACIÓNS			
<input type="text"/>			

**V.3. PERFIL DE COIDADOS FAMILIARES** (incluir todo o sistema de apoios familiares)

- FAMILIAR MEMBRO DA UNIDADE DE CONVIVENCIA     FAMILIAR QUE NON CONVIVE  
 COIDADADOR NON FAMILIAR SEN REMUNERACIÓN     COIDADADOR NON FAMILIAR REMUNERADO

## Valoración de características (ver anexo X)

## FRAXILIDADE

- ALTA     MEDIA     BAIXA

## CONSISTENCIA

- ALTA     MEDIA     BAIXA

## RISCO DE CLAUDICACIÓN

- ALTA     MEDIA     BAIXA

## VALORACIÓN DOS COIDADOS FAMILIARES

- AXEITADOS     AXEITADOS, PERO INSUFICIENTES     INADECUADOS

**VALORACIÓN PROFESIONAL**

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE, SÍNTESE DE CAPACIDADES E LIMITACIÓNS FAMILIARES NA PRESTACIÓN DE APOIOS, SOBRECARGA FAMILIAR, CARENCIAS E POSIBILIDADES DE COMPENSACIÓN

**VI. VIVENDA**

## TIPO DE VIVENDA

## RÉXIMEN DE POSESIÓN

PERSOAS	HABITACIÓNS	CUSTO ANUAL	SUPERFICIE (m <sup>2</sup> )	M <sup>2</sup> POR PERSOA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## EQUIPAMENTOS

- AUGA CORRENTE     W.C.     DUCHA     ELECTRICIDADE     GAS  
 AUGA QUENTE     TELÉFONO     FRIGORÍFICO     CALEFACCIÓN (TOTAL)     LAVADORA AUTOMÁTICA

## HABITABILIDADE

- BARREIRAS ARQUIT. ACCESO     BARREIRAS ARQUIT. VIVENDA     FALTA ILUMINACIÓN NATURAL     FALTA VENTILACIÓN  
 DETERIORADA (goteiras, humidade, ...)     AMEAZA RUINA     ACEPTABLE

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (alarma de intrusos, detección de incendios, gas, auga, ...)

- NON     SI (Especificar os elementos de protección existentes e outros apoios técnicos)

**VI. VIVENDA** (continuación)

**ENTORNO DA VIVENDA**

URBANO     SEMIURBANO     URBANO, ZONA MARXINAL     RURAL     RURAL AISLADO

**ACCESIBILIDADE A SERVIZOS E RECURSOS**

BOA     REGULAR     MALA

**TRANSPORTE PÚBLICO**

CADA HORA     4-8 VECES O DÍA     1-2 VEZ O DÍA     A DEMANDA     NON HAI     NON É ACCESIBLE

**TRANSPORTE ADAPTADO**

NON     SI

**VALORACIÓN PROFESIONAL**

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA SOBRE A VIVENDA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE E VALORACIÓN DE IDONEIDADE TENDO EN CONTA AS CARACTERÍSTICAS, AS PERCEPCIÓNS DA PERSOA E A FAMILIA E O ACCESO A RECURSOS E SERVIZOS. NECESIDADE DE REALIZAR ADAPTACIÓNS NO FOGAR.

**VII. SERVIZOS/PRESTACIÓNS SOCIAIS QUE UTILIZA A PERSOA**

0. A PERSOA NON RECIBE NINGÚN SERVIZO OU PRESTACIÓN DE SERVIZOS SOCIAIS.

1. A PERSOA UTILIZA SERVIZOS SOCIAIS DE PROXIMIDADE.     NON     SI

**1.1. TELEASISTENCIA**

TIPO	ACCESO	ENTIDADE/ORGANISMO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1.2. AXUDA NO FOGAR**

TIPO	INTENSIDADE	ACCESO	DATA DE INICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDADE/ORGANISMO

**1.3. RECIBE COMIDA NA CASA**

ACCESO

NON     SI   

**1.4. USA TRANSPORTE ADAPTADO**

NON     SI

**1.5. CENTRO DE DÍA/TALLER**

TIPO	INTENSIDADE	ACCESO	DATA DE INICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDADE/ORGANISMO

**1.6. VIVENDA TUTELADA**

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

ENTIDADE/ORGANISMO

**RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DO SERVIZO**

NON     SI

**RECIBE OUTROS SERVIZOS DE APOIO**

NON     SI (ESPECIFICAR)

2. A PERSOA UTILIZA SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS.  NON  SI

2.1. CENTRO RESIDENCIAL

TIPO DE PRAZA

ACCESO

DATA DE INGRESO

ENTIDADE/ORGANISMO

2.2. OUTROS SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS

NON  SI (ESPECIFICAR)

ACCESO

ENTIDADE/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DO SERVIZO

NON  SI

RECIBE OUTROS SERVIZOS DE APOIO

NON  SI (ESPECIFICAR)

3. A PERSOA RECIBE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA COIDADOS NO ENTORNO.  NON  SI

3.1. A PERSOA ESTÁ ATENDIDA NO SEU DOMICILIO POLA COIDADOR/A.

NON  SI

RECIBE/RECIBEU FORMACIÓN ESPECÍFICA

DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

3.2. A PERSOA ESTÁ ATENDIDA POLO ASISTENTE PERSOAL

NON  SI

DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

OUTROS APOIOS NO ENTORNO

NON  SI (ESPECIFICAR)

4. A PERSOA RECIBE OUTROS SERVIZOS E/OU PRESTACIÓNS SOCIAIS.  NON  SI (ESPECIFICAR)

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE E VALORACIÓN DE IDONEIDADE DAS PRESTACIÓNS OU SERVIZOS SOCIAIS E DO SEU IMPACTO NA UNIDADE DE CONVIVENCIA.

VIII. OUTROS SERVIZOS/PRESTACIÓNS QUE UTILIZA A PERSOA (educación, sanidade, emprego)

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

**VIII. OUTROS SERVIZOS/PRESTACIÓNS QUE UTILIZA A PERSOA** (continuación)

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

**IX. SITUACIÓN ECONÓMICA**

INGRESOS DA PERSOA SOLICITANTE/INGRESOS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

INGRESOS NETOS (PENSIÓNS, PRESTACIÓNS, RETRIBUCIÓNS....)

CONCEPTO

CONTÍA MENSUAL

NÚMERO DE PAGAS

RENDEMENTOS DO CAPITAL MOBILIARIO

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

OUTROS RENDIMIENTOS (DO CAPITAL INMOBILIARIO, ACTIVIDADES ECONÓMICAS)

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

GANANCIAS E PÉRDIDAS PATRIMONIAIS (VENTAS, REEMBOLSOS..)

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

GASTOS FIXOS DO SOLICITANTE/DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

ALUGAMENTOS (CONTÍA MENSUAL)

HIPOTECAS (CONTÍA MENSUAL)

SERVIZOS DE ATENCIÓN (CONTÍA MENSUAL)

**OUTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA**

## X. VALORACION PROFESIONAL E PROPOSTA

### 1. DIAGNÓSTICO SOCIAL (Síntese da información significativa e valoración profesional)

### 2. PROGÓSTICO (Síntese de consecuencias, se non se interveñen na situación persoal/familiar)

### 3. PROPOSTA DA INTERVENCIÓN

- 1. ACCESO A SERVIZOS/PRESTACIÓNS.
- 2. ARTICULACIÓN DE APOIOS INSTITUCIONAIS E SOCIAIS.

## SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL

Lugar e data

,  de  de