

## INFORME SOCIAL SOBRE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la ley 39/2006, de 14 de diciembre

<b>Número de expediente</b>	A.G.E.: SAAD	D.G.A.D.:
-----------------------------	--------------	-----------

1. a) DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO										
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasap./otro	
									Nº:	
Fecha de nacimiento		Sexo:		Nacionalidad		Estado civil				
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado		
						<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Separado			
Domicilio para notificaciones(Calle/Plaza)						Nº	Bloque	Esc	Piso	Puerta
Código postal		Localidad			Provincia		Tfno.1		Tfno.2	
Otros teléfonos										

1. b) DATOS DEL REPRESENTANTE										
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasap./otro	
									Nº:	
Domicilio (Calle/Plaza)						Nº	Bloque	Esc	Piso	Puerta
Código postal		Localidad			Provincia		Tfno.1		Tfno.2	
		Comarca					Otros teléfonos			
TIPO DE REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO										
<input type="checkbox"/> PADRE/MADRE/TUTOR DE MENOR DE 18 AÑOS										

1. c) DATOS DE LA RESOLUCIÓN	
Grado y nivel de dependencia	Fecha de Resolución

2. ANTECEDENTES DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
2.1. Con expediente en el CCSS/CMSS:			
<input type="checkbox"/> Si en SIUSS Referencia:			
<input type="checkbox"/> Si en otros Referencia:			
<input type="checkbox"/> No			
2.2. Servicios y prestaciones que recibe			
Servicios y prestaciones	Titularidad	Intensidad	Aportación/ ingreso Mensual

3. MOTIVO DEL INFORME		
<input type="checkbox"/> Solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia.		
<input type="checkbox"/> Revisión de reconocimiento.	<input type="checkbox"/> De oficio	<input type="checkbox"/> A instancia de parte
<input type="checkbox"/> Revisión del PIA.	<input type="checkbox"/> De oficio	<input type="checkbox"/> A instancia de parte

<b>Número de Expediente</b>	A.G.E.: SAAD	D.G.A.D.:
-----------------------------	--------------	-----------

#### 4. LA PERSONA Y SU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

##### 4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

NECESIDAD DE APOYO PARA COMUNICACIÓN (Escala Holden)  
 NECESIDAD DE APOYO PARA SEGURIDAD PERSONAL (Escala Cohen Mansfield)  
 NECESIDAD DE ATENCIÓN POR DETERIORO COGNITIVO  
 NECESIDAD DE ATENCIÓN POR CONDUCTAS DISFUNCIONALES  
 NECESIDAD DE ATENCIÓN CONDUCTAS AGRESIVAS  
 NECESIDAD DE ATENCIÓN POR AUTO AGRESIONES  
 OTROS RIESGOS PARA LA PERSONA  
 ES MENOR: CUIDADOS ESPECÍFICOS QUE REQUIERE:

##### 4.2. ÁMBITOS DE DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

**EN SU DOMICILIO**

MOVILIDAD                       COMUNICACIÓN                       INTERESES Y AFICIONES  
 Grado de autonomía personal en el domicilio  Alto     Medio     Bajo

**FUERA DE SU DOMICILIO**

ESTUDIO                       TRABAJO                       PARTICIPACIÓN SOCIAL                       OCIO  
 Grado de relación  Alto     Medio     Bajo

**AYUDAS PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL:**

##### 4.3. EXPRESIONES DE LA PERSONA SOBRE SU SITUACIÓN Y SU FUTURO ( Escala Zimet )

**SEGURIDAD**

SE SIENTE SEGURO DE RECIBIR LA ATENCIÓN QUE NECESITA     EXPRESA DESVALIMIENTO Y MIEDO

**RELACIONES**

SE RELACIONA CON PERSONAS EN LAS QUE CONFÍA                       NO SE RELACIONA CON NADIE

**AUTODETERMINACIÓN**

SE LE OFRECEN POSIBILIDADES DE ELECCIÓN     NO SE LE CONSULTA     TEME MANIFESTAR SU OPINION

**SENTIDO E IMAGEN DE FUTURO**

TIENE PROYECTOS O COSAS QUE QUIERE HACER                       CARECE DE EXPECTATIVAS DE FUTURO

##### 4.4. PREFERENCIAS DE ATENCIÓN / PRESTACIONES

**LA PERSONA DESEA VIVIR EN**     **SU DOMICILIO ACTUAL**                       **EN OTRO DOMICILIO**

Recibiendo sólo la atención de su familia  
 Recibiendo sólo atención de cuidadores profesionales  
 Acudiendo a centro de día  
 Otras opciones:

LA PERSONA DESEA VIVIR  EN CENTRO RESIDENCIAL Expectativas de la persona:

<b>Número de Expediente</b>	A.G.E.: SAAD	D.G.A.D.:
-----------------------------	--------------	-----------

**5. SITUACIÓN DE CONVIVENCIA**

**5.1. LA PERSONA VIVE EN UN CENTRO RESIDENCIAL**

**1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN**

Permanece encamada, sin otras posibilidades       Utiliza diversas instalaciones del centro  
 Participa en actividades dentro del centro

**2. PROGRAMAS DISPONIBLES EN EL CENTRO APOYO AL MANTENIMIENTO DE CAPACIDADES Y AUTONOMÍA**

Atención personal en movilidad y desplazamientos       Mantenimiento de la salud. Dieta adaptada.  
 Apoyos para el bienestar emocional       Apoyo para relaciones interpersonales.       Autodeterminación.

**3. PLANIFICACIÓN INDIVIDUAL**

La personas dispone de un plan personalizado de atención consistente en:

AREA	ACTIVIDAD	FRECUENCIA	IMPACTO

**4. ENTORNO**

Sin Obstáculos para utilizar instalaciones       Disponibilidad de ayudas técnicas  
 Confortabilidad     SI     NO

**5. OPINIÓN DE LA PERSONA SOBRE SU SITUACIÓN EN EL CENTRO:**

EXCELENTE       BUENA       REGULAR       MALA

**6. SUS FAMILIARES CONSIDERAN QUE LA ATENCIÓN QUE RECIBE LA PERSONA ES:**

EXCELENTE       BUENA       REGULAR       MALA

**7 VALORACIÓN TÉCNICA:**

<b>Número de Expediente</b>	A.G.E.: SAAD	D.G.A.D.:
-----------------------------	--------------	-----------

<b>5. SITUACIÓN DE CONVIVENCIA</b>				
<b>5.2. LA PERSONA VIVE EN DOMICILIO PARTICULAR</b>				
<b>1. CONVIVENCIA</b>				
<input type="checkbox"/> LA PERSONA VIVE SOLA <input type="checkbox"/> LA PERSONA ROTA EN VARIOS DOMICILIOS <input type="checkbox"/> LA PERSONA CONVIVE CON:				
NOMBRE	EDAD	RELACION	CUIDADOS QUE PRESTA	INTENSIDAD
<b>2. CARACTERIZACION GENERAL DE APOYOS</b>				
<input type="checkbox"/> RECIBE APOYO FAMILIAR DIARIO <input type="checkbox"/> RECIBE APOYO VECINAL DIARIO <input type="checkbox"/> RECIBE APOYO ESPORÁDICO				
<input type="checkbox"/> NO RECIBE APOYOS FAMILIARES				
<b>3. OTROS APOYOS SOCIALES Y SANITARIOS:</b>				
TIPO DE APOYO	TITULARIDAD	FRECUENCIA		
<b>4. IDENTIFICACIÓN DE CUIDADOR/A PRINCIPAL</b>				
NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	CUIDADOS QUE PRESTA	INTENSIDAD
TRABAJO FUERA DEL HOGAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HORARIO:				
OTRAS OCUPACIONES <input type="checkbox"/> CUIDADO DE OTRAS PERSONAS <input type="checkbox"/> OTRAS RESPONSABILIDADES				
<b>5. FRAGILIDAD DEL APOYO FAMILIAR:</b> (Escala Zarit anexo IV)				
<input type="checkbox"/> Cuidador/a predependiente / dependencia acusada				
<input type="checkbox"/> Dificultad en la comprensión del proceso la enfermedad / la dependencia				
<input type="checkbox"/> Escasez de conocimientos sobre los cuidados				
<input type="checkbox"/> Concurrencia de enfermedad / discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia				
<input type="checkbox"/> Signos de agotamiento físico / emocional				
<input type="checkbox"/> Dificultades de conexión social / aislamiento				
<input type="checkbox"/> Ausencia de compromiso estable				
<b>6. CONSISTENCIA DEL APOYO FAMILIAR</b>				
<input type="checkbox"/> Cuidador mayor de edad y buen estado general				
<input type="checkbox"/> Disponibilidad de tiempo				
<input type="checkbox"/> Seguridad económica				
<input type="checkbox"/> Conocimientos suficientes para la prestación de cuidados				
<input type="checkbox"/> Disponibilidad de apoyos profesionales y complementarios				
<input type="checkbox"/> Periodos de descanso				
<b>7. RIESGO DE CLAUDICACIÓN</b>				
<input type="checkbox"/> Riesgo por impacto del cuidado		<input type="checkbox"/> Riesgo por dificultad en la relación interpersonal		
<input type="checkbox"/> Riesgo por problemas de competencia				

<b>Número de Expediente</b>	A.G.E.: SAAD	D.G.A.D.:
<b>6 HÁBITAT</b>		
<b>6.1. CONDICIONES DE LA VIVIENDA</b> (Tipo, espacio, equipamiento, habitabilidad...)		
CONDICIONES DE VIVIENDA (régimen de tenencia, tipo, entorno, espacio, equipamiento, habitabilidad)		
<b>6.2. IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y NECESIDADES</b>		
Identificación de barreras para salir de la vivienda:		
Identificación de barreras en espacios utilizados por la persona con dependencia: habitación, comedor-cuarto de estar, cocina, baño:		
Identificación de ayudas técnicas que facilitarían la autonomía personal (barandillas, asideros, andador, adaptadores, alzas, antideslizantes, equipamientos informáticos para información y comunicación, otros)		
Identificación de ayudas técnicas que facilitarían los cuidados (para facilitar el aseo personal adaptaciones del inodoro, lavabo, ducha, cama articuladas, colchones antiescaras, etc)		
Necesidades de adaptación y mejora de la accesibilidad en la vivienda:		
supresión de		
instalación de		

<b>Número de Expediente</b>	A.G.E.: SAAD	D.G.A.D.:
-----------------------------	--------------	-----------

<b>7.- EXPECTATIVAS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA, CON ESPECIAL REFERENCIA AL CUIDADOR PRINCIPAL, SOBRE LAS PRESTACIONES SOCIALES</b>	
Para la permanencia en el domicilio	Para traslado a centro residencial
Experiencias previas y percepción de resultados	

<b>8.- VALORACIÓN TÉCNICA Y DIAGNÓSTICO SOCIAL.</b>

<b>9. Identificación del profesional que emite el informe</b>		<b>Fecha Informe:</b>
Nombre y apellidos:		
Organismo /Centro	Cargo	
Firma:	Sello o Etiqueta Adhesiva	