

PROPUESTA DE PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN

(Prestaciones y servicios establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre)

Número de Expediente	AGE:SAAD	IASS:
-----------------------------	-----------------	--------------

SOLICITANTE		
1. Apellido	2. Apellido	3. Nombre

1. SERVICIOS	Orden de Preferencia
---------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	Servicio de Alojamiento	
--------------------------	--------------------------------	--

Propio municipio

Propia comarca

Comarcas limítrofes

Provincia

Todo Aragón

<input type="checkbox"/>	Servicio Estancia Diurna	(núm. horas/mes)	Servicio Estancia Nocturna	(núm. horas/mes)	
--------------------------	---------------------------------	------------------	-----------------------------------	------------------	--

<input type="checkbox"/>	Servicio de Prevención de la Situación de Dependencia	Intensidad	
--------------------------	--	------------	--

<input type="checkbox"/>	Servicio de Promoción Autonomía Personal			
--------------------------	---	--	--	--

Servicio	Intensidad	Servicio	Intensidad
<input type="checkbox"/> Habilitación y terapia ocupacional		<input type="checkbox"/> Atención Temprana	
<input type="checkbox"/> Estimulación cognitiva		<input type="checkbox"/> Promoción, mantenimiento y recuperación autonomía funcional	
<input type="checkbox"/> Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual		<input type="checkbox"/> Apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales	

<input type="checkbox"/>	Servicio de Ayuda a Domicilio	Intensidad (núm. total horas/mes)	
--------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--

Servicio	Horas/mes	Servicio	Horas/mes
<input type="checkbox"/> Atención Personal		<input type="checkbox"/> Atención Doméstica	

<input type="checkbox"/>	Servicio de TeleAsistencia	
--------------------------	-----------------------------------	--

2. PRESTACIONES ECONÓMICAS

Vinculada al servicio

Servicio	Identificación	Titularidad	Intensidad

Cuidados en el Entorno Familiar

Identificación cuidador	Parentesco/ Relación	Idoneidad	Intensidad

Asistencia Personal

Identificación de la empresa encargada de la asistencia personal	Intensidad

3. PROPUESTA VALORACIÓN TÉCNICA

Trabajador Social que emite el informe **Fecha informe:**

Nombre y apellidos: _____

Centro de Servicios Sociales _____ **Entidad Local**

Firma:	(Sello o etiqueta adhesiva)
---------------	------------------------------------