

## ANEXO I

## PROPUESTA DE PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Decreto 54/2008, de 25 de marzo. por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración (BOC nº 61, de 26 de marzo).

EXPEDIENTE Nº .....

<b>1 DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA</b>			
<b>1.1.- DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA</b>			
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	NIF/NIE
SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA	FECHA DE RESOLUCION DE RECONOCIMIENTO DEL DERECHO
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M			
<b>1.2.- DATOS BANCARIOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA</b>			
Código Entidad □□□□ Código Sucursal □□□□ Dígito Control □□ Nº □□			
Cuenta □□□□□□□□□□			
Entidad: ..... .....			
Domicilio: ..... .....			
Localidad: .....		Provincia:	
..... C. Postal: .....			



<b>4</b>	<b>PROPUESTA DE MODALIDAD DE INTERVENCIÓN</b>		
<p><b>4.1.- SERVICIOS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio de Teleasistencia</p>			
	Orden de preferencia		
Servicio de Ayuda a Domicilio	Identificación	Intensidad	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Atención necesidades personales			
<input type="checkbox"/> Cuidados personales			

Servicio de Centro de día o de Noche	Ambito geográfico	identificación	Titularidad	Intensidad	Financiación pública	Aportación usuario	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Centro de día mayores							
<input type="checkbox"/> Discapacidad física							
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual							
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental							
<input type="checkbox"/> Mayores demencia y Alzheimer							
<input type="checkbox"/> Otros trastornos							
<input type="checkbox"/> Centro de Noche							



#### 4.2.- PRESTACIONES ECONÓMICAS:

Servicio	identificación	Titularidad	Intensidad	Financiación	Aportación	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Prestación económica vinculada al servicio				pública	usuario	
Identificación de la persona cuidadora propuesta	Parentesco / Relación	Idoneidad	Intensidad	Financiación	Aportación	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales				pública	usuario	

	Identificación de la persona encargada de la asistencia personal	Idoneidad	Intensidad	Financiación pública	Aportación usuario	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Prestación económica de asistencia personal						

**4.3.- AYUDAS ECONÓMICAS COMPLEMENTARIAS:**

	Contenido	Titularidad	Coste	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas				
<input type="checkbox"/> Accesibilidad y adaptaciones en el hogar				

<b>5</b>	<b>OTRAS INDICACIONES</b>

<b>6</b>	<b>PLAZO DE REVISIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN</b>

<b>7</b>	<b>LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p>En..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">La Comisión técnica de elaboración del PIA</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: .....</p>	

ANEXO II

MODELO DE INFORME SOCIAL

Motivo del informe: **elaboración de la propuesta de programa individual de atención a persona en situación de dependencia**

Institución que emite el Informe:

Informe emitido por el/la trabajador/a social (nombre y apellidos):

Número de Colegiado/a:

Fecha:

1.- Datos del solicitante

Nombre y apellidos	DNI
Grado y nivel de dependencia	Fecha de Resolución

**2.- Datos del representante (en el caso que tuviese)**

Nombre y apellidos		F. nacimiento	D.N.I./NIE/Pasaporte
Título de representación:			
Vinculación con la persona dependiente:			
Domicilio:			
C.P.:	Tfno.1:	Tfno.2:	
Localidad:		Provincia:	
Nacionalidad:			

**3.- Situación de convivencia**

- vive solo/a
- rota por diversos domicilios de hijos/as o familiares
- vive con personas no familiares o hermanos mayores
- vive en un Centro o Institución
- vive con su pareja
- vive con hijos
- otros:

<b>UNIDAD DE CONVIVENCIA</b>			
<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Dependiente (Grado y Nivel)</b>	<b>F. Nacimiento</b>	<b>Relación y parentesco</b>

**Características del núcleo de convivencia** (describir la unidad de convivencia de la persona dependiente, con indicación de la dinámica familiar)

#### 4. Datos de los servicios que recibe en la actualidad y aportación económica

##### Atención Familiar

Nº de horas	Horarios	Días de la semana							* Cuidados que presta
		L	M	X	J	V	S	D	

\* **Cuidados que presta:** ayudas/suplencia en cuidados del hogar, ayuda/suplencia para desplazarse, ayuda/suplencia en higiene y aseo, administración del dinero y bienes, comunicación con el entorno....

Tipo de servicio	Aportación económica del usuario	Aportación económica de la entidad	Nº horas semana	Horario en que lo recibe	Días de la semana	Cuidados que recibe
Servicio de teleasistencia						
Servicio de ayuda a domicilio						

Servicio de Centro de Día						
Servicio de Centro de Noche						
Servicio de Atención Residencial						
Otros (especificar):						

**Observaciones** (nivel de satisfacción, calidad de las instalaciones y servicios del/la domicilio/residencia: suficientes/insuficientes, calidad de los apoyos que recibe, existencia de indicadores de riesgo, posibilidad de aplicación de otros servicios y prestaciones de apoyo en el domicilio...)

**5. ¿Qué preferencias de servicios/prestaciones tiene el solicitante o representante?****Seleccione, priorizando**

<b>Servicios y prestaciones</b>	<b>Prioridad (1º, 2º....)</b>
- Servicio de Teleasistencia	
- Servicio de ayuda a domicilio	
- Servicio de Centro de Día	
- Servicio de Centro de Noche	
- Servicio de Atención Residencial	
- Prestaciones económicas	

**Observaciones:**

**6. Cuidador principal**

<input type="radio"/> Profesional	<input type="radio"/> Sector privado	Entidad:
	<input type="radio"/> Servicios Sociales	Entidad:
<input type="radio"/> No profesional:	<input type="radio"/> Familiar	Especificar relación:
	<input type="radio"/> Ajeno	Especificar relación:

**Indicar en el caso de que el cuidador principal, sea familiar**

<input type="radio"/> Sobrecarga familiar	<input type="radio"/> Riesgo de claudicación
<input type="radio"/> Problemas de salud Especificar cuáles:	<input type="radio"/> Ha tenido que trasladarse de su domicilio
<input type="radio"/> Experiencia en el cuidado Especificar:	<input type="radio"/> Ha tenido que dejar su actividad profesional
<input type="radio"/> Falta de formación	<input type="radio"/> Interés por la formación
<input type="radio"/> Edad:	Horas de dedicación: <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche



**7. Datos de la zona de residencia y vivienda**

<b>Zona de residencia</b>	
<b>Ubicación:</b>	rural <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/>
<b>Recursos y Servicios existentes en la zona:</b>	
<b>Comunicación y accesibilidad:</b>	
<b>Influencias del contexto en la unidad de convivencia:</b>	

**Tipo de alojamiento**

- |                   |                          |               |                          |
|-------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| vivienda familiar | <input type="checkbox"/> | albergue      | <input type="checkbox"/> |
| residencia        | <input type="checkbox"/> | habitación    | <input type="checkbox"/> |
| pensión           | <input type="checkbox"/> | infravivienda | <input type="checkbox"/> |
- otro:

**Régimen de tenencia vivienda:**

Propiedad     Cedida en uso     Alquiler     Otros.....

**Condiciones de habitabilidad:**

Barreras arquitectónicas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Condiciones higiénicas	<input type="checkbox"/> Adecuadas	<input type="checkbox"/> Inadecuadas
Agua Caliente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Luz eléctrica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Teléfono	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Elementos de Protección	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Mejoras a realizar:

**Observaciones:**

**8.- Identificación de barreras y ayudas técnicas:**

Identificación de barreras dentro de la vivienda:

Identificación de barreras en el acceso a la vivienda:

Disponibilidad de ayudas técnicas para el aseo, desplazamiento, comunicación:

Identificación de ayudas técnicas y adaptativas que facilitarían la autonomía personal:

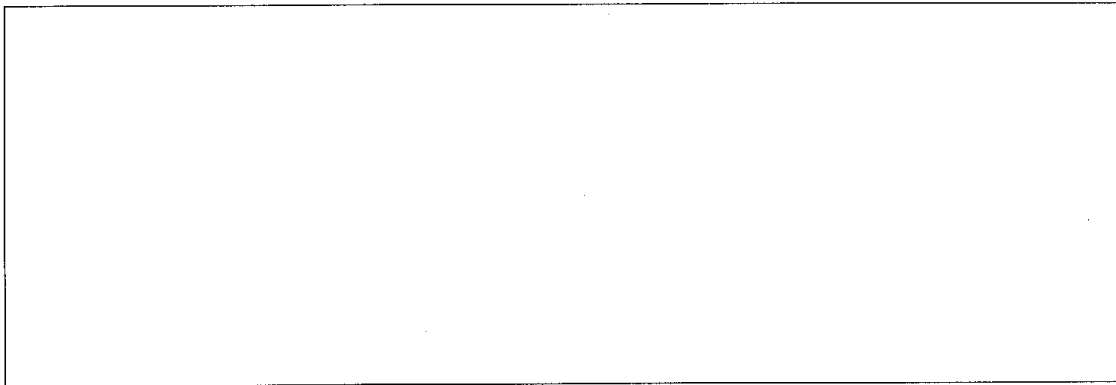
Identificación de ayudas técnicas y adaptativas que facilitarían los cuidados:

**Observaciones**

**Otras:** (Red de apoyo: relaciones sociales, apoyo familiar o vecinal, tiene cuidados permanentes)

**11. Diagnóstico Social**

**12. Propuesta para el diseño inicial del Plan Individual de Atención**



**Lugar y fecha:**

**Nº de colegiado:**

**Fdo:**

**El/la trabajador/a social**

## ANEXO III

## TRÁMITE DE CONSULTA

D/Dña. \_\_\_\_\_ con NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio en C/ \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ y

localidad \_\_\_\_\_

O en su caso:

D/Dña \_\_\_\_\_ con

NIF/NIE \_\_\_\_\_, domicilio en

C/ \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ localidad \_\_\_\_\_ como

representante de D/Dña. \_\_\_\_\_ con

NIF/NIE \_\_\_\_\_.

Comparece en \_\_\_\_\_ al objeto de ser informado/a de:

- Que con fecha \_\_\_\_\_ la Dirección General de Bienestar Social aprobó la resolución de reconocimiento a la persona interesada de su situación de dependencia en grado \_\_\_\_\_, nivel \_\_\_\_\_.
- Que en dicha resolución se especifican las prestaciones que la persona pueda recibir según su grado y nivel de dependencia.

- Que en virtud del artículo 29 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se ha tenido en cuenta su participación con el objeto de fijar la modalidad de intervención más adecuada.

**OBSERVACIONES:**

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, se firma por ambas partes.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200

Fdo: \_\_\_\_\_