



## ANEXO II

### INFORME SOCIAL

#### I DATOS DEL TRABAJADOR/A SOCIAL / CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES

INFORME EMITIDO POR EL TRABAJADOR SOCIAL	Nº COLEGIADO	TELÉFONO
IDENTIFICADOR DEL CENTRO O SERVICIO	TELÉFONO	
PERSONA/S ENTREVISTADA/S: NOMBRE Y APELLIDOS		
FECHA DE LA ENTREVISTA	LUGAR DE LA ENTREVISTA	

#### II DATOS DEL SOLICITANTE

##### 1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NIF
FECHA NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DOMICILIO			
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
TITULAR/BENEFICIARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TITULAR/BENEFICIARIO OTROS RÉGIMENES <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> OTROS	
¿ESTÁ INTERNADO EN UN CENTRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DENOMINACIÓN Y DIRECCIÓN		
GRADO DE DEPENDENCIA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	NIVEL DE DEPENDENCIA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RECONOCIMIENTO	

##### 2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL / GUARDADOR DE HECHO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN				
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> CIF Nº:				
DOMICILIO (Calle/Plaza)		Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	COMUNIDAD AUTÓNOMA			TELÉFONO		
RELACIÓN CON EL INTERESADO							
<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL				<input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO			

### 3. DATOS DE CONVIVENCIA

2.1 ¿VIVE SOLO?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2.2 COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA			
NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	

### 4. LA PERSONA ROTA POR VARIOS DOMICILIOS

PERIODO (MESES)	PERSONA RESPONSABLE	RELACIÓN

### 5. NIVEL DE OCUPACIÓN DE LA PERSONA DEPENDIENTE

¿TRABAJA?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	PROFESIÓN
LUGAR DE TRABAJO:	HORARIO		
¿ACUDE A GUARDERÍA O CENTRO EDUCATIVO?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	HORARIO
¿NECESITA APOYO PARA DESPLAZARSE AL MISMO?	<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO

### 6. ASISTE A CENTRO OCUPACIONAL

NOMBRE DEL CENTRO	LOCALIDAD	
FECHA DE INICIO	RÉGIMEN DE ESTANCIA	
	<input type="checkbox"/> MEDIA PENSIÓN	<input type="checkbox"/> INTERNADO

## III DATOS DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

### 1. DATOS DEL CUIDADOR FAMILIAR PRINCIPAL

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	EDAD	PARENTESCO	CUIDADOS QUE PRESTA
¿TRABAJA FUERA DEL HOGAR?		RÉGIMEN DE DEDICACIÓN		
<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> COMPLETA		
<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> PARCIAL		
DESCRIPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD O DIFICULTAD EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN				

**2. DATOS DEL CUIDADOR DE SU ENTORNO**

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE	NACIONALIDAD	TELÉFONO
Nº SEGURIDAD SOCIAL	RÉGIMEN DE DEDICACIÓN <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> PARCIAL		

**IV DATOS DE LA VIVIENDA**

**1. TIPO DE VIVIENDA**

<input type="checkbox"/> UNIFAMILIAR DE PLANTA BAJA <input type="checkbox"/> UNIFAMILIAR CON MÁS DE UNA PLANTA <input type="checkbox"/> VIVIENDA AISLADA
<input type="checkbox"/> PISO CON ASCENSOR <input type="checkbox"/> PISO SIN ASCENSOR
DESCRIPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN:

**2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS**

BARRERAS ARQUITÉCTÓNICAS EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DESCRIPCIÓN:		
BARRERAS ARQUITÉCTÓNICAS EN EL ACCESO A LA VIVIENDA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DESCRIPCIÓN:		

**3. AYUDAS TÉCNICAS**

LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA PERMITEN EL USO DE AYUDAS TÉCNICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
LAS CONDICIONES DE LOS ACCESOS PERMITEN EL USO DE AYUDAS TÉCNICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**4. OTROS DATOS DE INTERÉS EN RELACIÓN A LA VIVIENDA**

--

## V VALORACIÓN TÉCNICA

• ¿PODRÍA LA PERSONA DEPENDIENTE SER ATENDIDA EN SU VIVIENDA ACTUAL?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• ¿PODRÍA SER ATENDIDA POR SU CÓNYUGE O PERSONA CON RELACIÓN DE PARENTESCO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• ¿EXISTEN CIRCUNSTANCIAS QUE ACONSEJAN QUE EL BENEFICIARIO SEA ATENDIDO POR UNA PERSONA DE SU ENTORNO AUNQUE NO SEA FAMILIAR?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• EN EL SUPUESTO DE PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL ¿SE RECOMIENDA SU PERMANENCIA EN EL CENTRO ACTUAL? (JUSTIFIQUESE EN LA PROPUESTA)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## VI PROPUESTA DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

El trabajador/a social

Fdo.: