



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE TRABAJO Y
BIENESTAR

ANEXO III

PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO INFORME SOCIAL
--	---	--

**INFORME SOCIAL A EFECTOS DE SOLICITUD DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
Y ELABORACIÓN DEL PIA**

EMITIDO POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL		
NÚMERO DE COLEGIADO/A	ORGANISMO/ENTIDAD	TELÉFONO
REFERENTE A		
MOTIVO DEL INFORME		

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS		
FECHA DE NACIMIENTO	DNI	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN		TELÉFONO
PROFESIÓN	SITUACIÓN LABORAL	
	☐ Activo ☐ Sin ocupación ☐ Pensionista	

2. ANTECEDENTES DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**2.1 Con expediente en servicios sociales comunitarios:**

☐ Sí, en SIUUS ☐ Sí, en otros ☐ No

3. NÚCLEO DE CONVIVENCIA FAMILIAR**3.1 Unidad de convivencia formada por:** (señalar el/la cuidador/a principal del beneficiario, en su caso)

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco	Profesión	Situación laboral	Valoración de minusvalía (indicar porcentaje)

3.2 Otros miembros de la red informal de apoyo: (señalar la relación de parentesco con la persona en situación de dependencia)

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco	Profesión	Situación laboral	Valoración de minusvalía (indicar porcentaje)

Nota: si existe rotación de la persona en situación de dependencia, cubrir los campos en relación con la unidad de convivencia con la que convive en el momento de presentar la solicitud y señalar rotación.

3.3 En caso de personas institucionalizadas indicar:

NOMBRE DEL CENTRO		☐ Público/concertado ☐ Privado
FECHA DE INGRESO		☐ Permanente ☐ Temporal
TIPOLOGÍA		
☐ Centro de at. diurno para personas mayores		☐ C. at. diurno para personas con discapacidad
☐ Centro de at. residencial para personas mayores		☐ C. at. residencial para personas con discapacidad
☐ Otros (vivienda comunitaria, ...)		

4. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**4.1. Dinámica relacional y funcionamiento de la red informal con respecto a la persona en situación de dependencia:**

--

4.2. Análisis del cuidador/a principal.**4.2.1. Perfil del cuidador/a:**

- | | |
|--|---|
| ☐ Familiar y miembro de la unidad de convivencia | ☐ Familiar que no convive con la persona dependiente |
| ☐ Cuidador no familiar sin contraprestación económica | ☐ Cuidador profesional remunerado |
| ☐ Ausencia de cuidador | ☐ Otros <input style="width: 150px;" type="text"/> |

4.2.2. Características del cuidado: (indicadores)**1. Fragilidad del apoyo familiar**

- Cuidador/a predependiente/dependencia acusada
- Dificultad en la comprensión del proceso de la enfermedad/de la dependencia
- Escasos conocimientos sobre los cuidados
- Concurrencia de enfermedad/discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia
- Cargas laborales, menores a cargo, otras personas en situación de dependencia a cargo
- Signos de agotamiento físico/emocional
- Dificultades de conexión social/aislamiento (o riesgo de abandono/desamparo)
- Ausencia de compromiso estable

2. Consistencia del apoyo familiar

- Cuidador mayor de edad y buen estado general
- Disponibilidad de tiempo
- Seguridad económica
- Conocimientos suficientes para la prestación de cuidados
- Disponibilidad de apoyos profesionales y complementarios
- Períodos de descanso

3. Riesgo de claudicación

- Riesgo por impacto del cuidado
- Riesgo por dificultad en la relación interpersonal
- Riesgo por problemas de competencia

4.2.3. Intensidad de los cuidados: horas aproximadas de dedicación diaria:

- ☐ No se dispone de tiempo para atender a la persona en situación de dependencia ☐ 1-2 ☐ 2-4 ☐ 4-8 ☐ Continua

4.3. Características de la persona en situación de dependencia:**4.3.1. Valoración de minusvalía:**

- ☐ SÍ ☐ NO

GRADO DE MINUSVALÍA

NECESIDAD DE ASISTENCIA DE TERCERA PERSONA

EXISTENCIA DE DIFICULTADES PARA UTILIZAR TRANSPORTES PÚBLICOS

4.3.2 La persona en situación de dependencia se desplaza habitualmente de su domicilio habitual:

- ☐ SÍ ☐ NO
- ☐ En caso afirmativo indicar si necesitaría el soporte de otra persona

OBSERVACIONES PROFESIONALES

--

4.4. Valoración de la atención a la persona en situación de dependencia:

- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene una fragilidad | ☐ ALTA | ☐ MEDIA | ☐ BAJA |
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene una consistencia | ☐ ALTA | ☐ MEDIA | ☐ BAJA |
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene un riesgo de claudicación | ☐ ALTO | ☐ MEDIO | ☐ BAJO |
| La atención a la persona en situación de dependencia es | ☐ BUENA | ☐ REGULAR | ☐ MALA |

5. RECURSOS Y SERVICIOS FORMALES DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**5.1 Recursos y servicios formales que percibe/disfruta el solicitante (públicos y/o privados):****5.1.1. La persona en situación de dependencia está atendida en su domicilio con un servicio de proximidad:**

☐ Teleasistencia ☐ Ayuda a domicilio ☐ Otros

INTENSIDAD HORARIA DEL SERVICIO (HORAS/MES)

ORGANISMO/ ENTIDAD PRESTATARIA

☐ Público/concertado☐ Privado

En este caso indique si percibe cheque asistencial

☐ SÍ☐ NO

FECHA DE ALTA EN EL SERVICIO

CUANTÍA DEL SERVICIO (MENSUAL)

Indicar la necesidad de permanencia en este programa:

☐ SÍ☐ NO**5.1.2. La persona en situación de dependencia está atendida en su domicilio por un cuidador/a del entorno:**

☐ Cuidador familiar ☐ Persona del entorno ☐ Asistente personal ☐ Cuidador profesional remunerado ☐ Otro

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI/NIF/NIE

DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESCALERA, PISO, PUERTA)

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

LOCALIDAD

NACIONALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO

SEXO

☐ Hombre ☐ Mujer

RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

¿DESDE QUÉ FECHA RESIDE EN ESTA LOCALIDAD?

SI NO EXISTE RELACIÓN DE PARENTESCO HASTA 3º DE CONSANGUINIDAD/AFINIDAD, SEÑALAR SI LLEVA MAS DE 1 AÑO VIVIENDO EN EL MISMO AYUNTAMIENTO DEL SOLICITANTE U OTRO VECINO:

☐ SÍ☐ NO

FORMACIÓN ESPECIFICA DE LA PERSONA CUIDADORA:

☐ SÍ☐ NO**5.1.3. La persona en situación de dependencia está atendida en un centro de día o residencial:**

☐ Centro de atención diurna ☐ Centro de atención residencial

☐ Temporal☐ Permanente☐ Público/concertado☐ Privado

Indique si percibe cheque asistencial

☐ SÍ☐ NO

TIPOLOGÍA

☐ personas mayores☐ con discapacidad☐ especializado

DENOMINACIÓN DEL CENTRO

INTENSIDAD HORARIA

ORGANISMO/ ENTIDAD

FECHA DE INGRESO

CUANTÍA DE LA PLAZA (MES)

DIRECCIÓN DEL CENTRO

PROVINCIA

LOCALIDAD

5.2 Recursos y servicios que podrían cubrir sus necesidades (cumplimentar sólo cuando no coincida con el recurso o servicio que ya percibe. Enumerar e indicar intensidad)

6. SITUACIÓN DEL ENTORNO SOCIAL**6.1. Vivienda:**

• Tipo de vivienda:

- ☐ Sin vivienda
 ☐ Chabola
 ☐ Casa prefabricada
 ☐ Caravana
☐ En situación de desahucio
 ☐ Piso, apartamento
 ☐ Vivienda unifamiliar
 ☐ Vivienda colectiva
☐ Pensión
 ☐ Habitación realquilada
 ☐ Albergue

• Régimen de tenencia:

- ☐ Propia o de algún miembro de la unidad familiar
 ☐ Cedida o facilitada
 ☐ Vivienda alquilada
☐ Centro residencial
 ☐ Realquilada

• Condiciones de habitabilidad de la vivienda:

- ☐ Adecuadas
 ☐ Hacinamiento
 ☐ Insalubridad/inhabitabilidad
☐ Existencia de dispositivos de riesgo
 ☐ Carece de algún servicio básico

Especificar:

--

• Accesibilidad de la vivienda:

- ☐ Sin barreras arquitectónicas
 ☐ Con barreras en el acceso a la vivienda
☐ Con adaptaciones funcionales
 ☐ Con barreras en el interior de la vivienda

Descripción:

--

6.2. Características de la zona en la que habita:

• Localización de la vivienda:

- ☐ Zona urbana
 ☐ Zona semiurbana/semi-rural
 ☐ Zona rural
 ☐ Zona rural aislada

• Acceso a equipamientos sociosanitarios:

- ☐ Buenas comunicaciones y accesos
 ☐ Comunicaciones deficientes

7. SITUACIÓN ECONÓMICA: (SOLAMENTE CUANDO NO COINCIDAN LOS DATOS CON LA SOLICITUD)**7.1 Ingresos del solicitante:**

Ingresos netos (pensiones, prestaciones económicas, retribuciones...):

CONCEPTO	CUANTÍA	Nº DE PAGAS

Rendimientos de capital mobiliario (intereses, venta de valores, letras del tesoro, plazo fijo...)

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL

Otros rendimientos (de capital inmobiliario, actividades económicas...):

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL

Ganancias y pérdidas patrimoniales (venta de acciones, venta de inmuebles, reembolso de fondos de inversión...):

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL

Gastos fijos de la persona en situación de dependencia (alquileres, hipotecas, servicios de carácter público y/o privado de cuidados y atención a la persona en situación de dependencia...):

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL

8. OTROS DATOS DE INTERÉS Y VALORACIÓN PROFESIONAL

8.1. Propuesta de servicios y otros apoyos idóneos: (teniendo en cuenta que los servicios son prioritarios y las prestaciones económicas tienen carácter excepcional)			
☐ Teleasistencia	☐ Ayuda en el hogar	☐ Centro de día	☐ Centro de noche
Residencia ☐ Sin acompañante ☐ Con acompañante	☐ Libranza de servicio de 	☐ Asistencia personal	
☐ Cuidados en el entorno por cuidador familiar	☐ Otros (RESPIRO)	☐ Ayudas para la autonomía personal	
• Intensidad de la/s modalidad/es propuesta/s (horas/mes) y entidad prestataria: 			
• Datos del cuidador/a del entorno y/o asistente personal (cumplimentar sólo cuando no coincida con los datos del cuidador del apartado 5.1.2.): ☐ Cuidador familiar ☐ Persona del entorno ☐ Asistente personal			
NOMBRE Y APELLIDOS 		DNI/NIF/NIE 	
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESCALERA, PISO, PUERTA) 		CÓDIGO POSTAL 	
PROVINCIA 	LOCALIDAD 	NACIONALIDAD 	FECHA DE NACIMIENTO
PARENTESCO 	SEXO ☐ Hombre ☐ Mujer	RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL 	¿DESDE QUÉ FECHA RESIDE EN ESTA LOCALIDAD?
SI NO EXISTE RELACIÓN DE PARENTESCO HASTA 3º DE CONSANGUINIDAD/AFINIDAD, SEÑALAR SI LLEVA MAS DE 1 AÑO VIVIENDO EN EL MISMO AYUNTAMIENTO DEL SOLICITANTE U OTRO VECINO: ☐ SÍ ☐ NO			
FORMACIÓN ESPECÍFICA DE LA PERSONA CUIDADORA: ☐ SÍ ☐ NO			
• Datos del centro propuesto (cumplimentar sólo cuando no coincida con los datos del apartado 4.1.3.): ☐ Centro de atención diurna ☐ Centro de atención residencial ☐ Temporal ☐ Permanente ☐ Público/concertado ☐ Privado Indique si percibe cheque asistencial ☐ SÍ ☐ NO			
TIPOLOGÍA ☐ personas mayores ☐ con discapacidad ☐ especializado			
DENOMINACIÓN DEL CENTRO 			
ORGANISMO/ ENTIDAD 		FECHA DE INGRESO 	CUANTÍA DE LA PLAZA (MES)
DIRECCIÓN DEL CENTRO 		PROVINCIA 	LOCALIDAD
• En el caso de la modalidad de ayuda en el hogar y de asistencia personal, especificar qué tipo de atenciones necesaria y para qué actividades y tareas: 			
• En el caso de la modalidad de cuidados en el entorno, especificar la necesidad de RESPIRO para el cuidador/a, indicando el servicio propuesto y la intensidad del RESPIRO: 			
Diagnóstico social y valoración profesional: 			

FIRMA DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL <i>Localidad y fecha</i> , de de	SELLO 	(A rellenar por la Administración) RECIBIDO REVISADO Y CONFORME 	NÚMERO DE EXPEDIENTE FECHA DE ENTRADA ____/____/____ FECHA DE EFECTOS ____/____/____ FECHA DE SALIDA ____/____/____
--	--------------------------	---	---

Jefe/a del Departamento Territorial de Trabajo y Bienestar de