



G CONSELLERIA
O FAMÍLIES
I AFERS SOCIALS
B DIRECCIÓ GENERAL
/ ATENCIÓ DEPENDÈNCIA

INFORME SOCIAL		
Treballador/a social:		
Identificació del centre o servei:		
Motiu de l'informe:		
☐ Sol·licitud d'estada temporal en un centre residencial		
☐ Sol·licitud d'estada temporal en un centre de dia		
Persones entrevistades:		
Data i lloc de l'entrevista:		
DADES D'IDENTIFICACIÓ		
Nom:		Llinatges:
Data de naixement:		NIF/NIE:
Estat civil:		
DOMICILI HABITUAL		
Adreça:		Telèfon:
CP:	Localitat:	Illa:
SITUACIÓ LEGAL		
Presumpte/a incapaç amb guardador/a de fet Sí ☐ No ☐		Incapacitat/ada legalment Sí ☐ No ☐
REPRESENTANT		
Nom i llinatges:		Raó social:
NIF/NIE:	Telèfon:	Adreça electrònica:
Domicili:	Localitat:	Illa:
OCUPACIÓ		
Treballa?	Sí ☐ No ☐	Professió:
Lloc de treball:		
Horari:		Persona de contacte:
Jubilat/ada ☐ Pensionista ☐ Altres ☐		
Observacions:		

Altres informacions d'interès:
PRESTACIONS SOCIALS QUE REP LA PERSONA SOL·LICITANT
Support en un centre especialitzat

<i>Tipus de centre i plaça</i>	<i>Titularitat</i>	<i>Cost mensual</i>	<i>Aportació de l'usuari/ària</i>

Support domiciliari (SAD, teleassistència, menjar a domicili, personal de suport...)

<i>Prestació</i>	<i>Titularitat</i>	<i>Intensitat</i>	<i>Cost mensual</i>	<i>Aportació de l'usuari/ària</i>

Altres prestacions complementàries (logopeda, fisioterapeuta...)

<i>Prestació</i>	<i>Titularitat</i>	<i>Intensitat</i>	<i>Cost mensual</i>	<i>Aportació de l'usuari/ària</i>

CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA I DE LA SEVA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Necessitat de suport per a les ABVD Sí ☐ No ☐ Observacions:

Necessitat de suport per a la comunicació Sí ☐ No ☐ Observacions:

Necessitat de suport per a la seguretat personal Sí ☐ No ☐ Observacions:

Necessitat d'atenció per deteriorament cognitiu Sí ☐ No ☐ Observacions:

Necessitat d'atenció per conductes disfuncionals Sí ☐ No ☐ Observacions:

Necessitat d'atenció per conductes agressives Sí ☐ No ☐ Observacions:

Necessitat d'atenció per autoagressions Sí ☐ No ☐ Observacions:

Altres riscos per a la persona Sí ☐ No ☐ Observacions:

Participació social:
Oci i temps lliure:

Observacions:
SITUACIÓ SOCIOFAMILIAR

(Genograma)

 La persona sol·licitant viu al seu propi domicili? Sí ☐ No ☐

 La persona sol·licitant alterna diferents domicilis? Sí ☐ No ☐
CARACTERÍSTIQUES GENERALS DELS SUPORTS INFORMALS

 Rep suport familiar? Sí ☐ No ☐ Intensitat: diària ☐ esporàdica ☐ Altres:

 Rep suport veïnal diari? Sí ☐ No ☐ Intensitat: diària ☐ esporàdica ☐ Altres:

Relacions amb el nucli de convivència

- ☐ Hi ha bona relació.
- ☐ La relació és acceptable.
- ☐ La relació és insatisfactòria.
- ☐ Hi ha una situació de desatenció.
- ☐ La persona sol·licitant és objecte de maltractaments.

Atenció que percep de les persones amb qui conviu

- ☐ Falta d'atenció o semiabandonament.
- ☐ Aïllament afectiu.

- ☐ Sense integració familiar.
- ☐ Integrat/ada.
- ☐ Amb bones relacions:

Atencions que rep la persona sol·licitant dels cuidadors

- ☐ No té cap tipus d'ajuda familiar o del cercle de relacions.
- ☐ Rep atencions amb periodicitat setmanal.
- ☐ Rep atencions dues o tres vegades la setmana.
- ☐ Rep atenció diàriament.
- ☐ Passa les nits i els caps de setmana amb els cuidadors.
- ☐ Viu a casa dels cuidadors.

Temps d'atenció

- ☐ El cuidador/a principal du menys de 12 mesos prestant l'atenció.
- ☐ El cuidador/a principal du entre 12 i 30 mesos prestant l'atenció.
- ☐ El cuidador/a principal du més de 30 mesos prestant l'atenció.

Relació

- ☐ El cuidador/a principal viu de manera satisfactòria l'atenció que presta.
- ☐ El cuidador/a viu com una obligació l'atenció que presta.
- ☐ El cuidador/a vol deixar de prestar aquesta atenció.
- ☐ El cuidador/a ha renunciat a mantenir l'atenció que presta.

Altres suports socials i sanitaris

Tipus de suport	Titularitat	Freqüència

IDENTIFICACIÓ DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL

Nom i llinatges	NIF	Edat	Relació

El cuidador/a principal treballa fora de la llar? Sí ☐ No ☐ Horari:

Altres ocupacions:	Altres responsabilitats:
Té cura d'altres persones? Sí ☐ No ☐	

Fragilitat del suport familiar

Cuidador/a predependent: Sí ☐ No ☐

Dependència acusada: Sí ☐ No ☐

Manca de coneixements sobre les atencions: Sí ☐ No ☐

Dificultat de la comprensió del procés de malaltia o dependència: Sí ☐ No ☐

Absència de compromís estable: Sí ☐ No ☐

Malaltia o discapacitat amb necessitat de suport en la figura del cuidador/a:
Sí ☐ No ☐

Signes d'esgotament físic o emocional: Sí ☐ No ☐

Dificultats de connexió social o aïllament: Sí ☐ No ☐

Consistència del suport familiar

Cuidador/a en bon estat de salut: Sí ☐ No ☐

Disponibilitat de temps (expressat en hores):

Coneixements per a la prestació d'atencions: Sí ☐ No ☐

Disponibilitat de suports formals i informals: Sí ☐ No ☐

Possibilitat de gaudir de períodes de descans: Sí ☐ No ☐

Observacions:

(Assenyalau qualsevol altra circumstància que no hagi estat recollida en els apartats anteriors).

HABITATGE

Règim de tinença:

- ☐ Propietat de la persona sol·licitant.
- ☐ Propietat d'un familiar (*Indicau de quin.*):
- ☐ Habitatge cedit en ús
- ☐ Lloguer
- ☐ Habitatge rellogat
- ☐ Pis tutelat
- ☐ Pensió/Hotel
- ☐ Ingrés en un altre centre (*Indicau en quin.*):
- ☐ Rotació per diversos domicilis (*Indicau el parentiu.*):
- ☐ Sense habitatge

Tipus d'habitatge:

- ☐ Barraca o similar
- ☐ Golfes
- ☐ Habitatge normal

Condicions de l'habitatge:

- ☐ L'habitatge presenta unes condicions de solidesa i salubritat, instal·lacions i equipaments acceptables per desenvolupar les activitats pròpies de la vida diària.
- ☐ L'habitatge presenta unes condicions generals acceptables, encara que hi manquen instal·lacions adequades, sens perjudici de poder desenvolupar les activitats pròpies de la vida diària.
- ☐ L'habitatge presenta unes condicions de solidesa i salubritat que dificulten l'existència d'instal·lacions o equipaments mínims per desenvolupar les activitats pròpies de la vida diària.
- ☐ L'habitatge presenta unes condicions de solidesa i salubritat inacceptables per a l'habitabilitat.
- ☐ Manca habitatge per viure-hi.

Barreres arquitectòniques:

- ☐ Cal fer adaptacions a l'interior del domicili.
- ☐ Cal fer adaptacions per facilitar l'accés a l'exterior.
- ☐ Manquen equipaments o serveis domèstics.
- ☐ Manca higiene.

Situació de l'habitatge (accés als serveis de la comunitat)

- ☐ Permet emprar els serveis bàsics comunitaris i rebre serveis assistencials i domiciliaris.
- ☐ Permet emprar els serveis bàsics comunitaris però té dificultats per rebre serveis assistencials i domiciliaris.
- ☐ No permet emprar els serveis bàsics comunitaris però sí que pot rebre

serveis assistencials i domiciliaris.

- ☐ No permet emprar els serveis bàsics comunitaris i té dificultats per rebre serveis assistencials i domiciliaris.

Observacions:

(Heu d'assenyalar qualsevol altra característica de l'habitatge que no aparegui en els apartats anteriors i que considereu d'interès).

MOTIUS DE LA SOL·LICITUD D'ESTADA TEMPORAL

- ☐ Convalescència de la persona cuidadora per malaltia, operació quirúrgica o accident.
- ☐ Convalescència de la persona sol·licitant per malaltia, operació quirúrgica o accident.
- ☐ Situació familiar greu.
- ☐ Necessitat de descans de la persona cuidadora principal.
- ☐ Necessitat de fer obres de rehabilitació o adaptació de l'habitatge habitual de la persona sol·licitant.
- ☐ Altres (*Indicau-los.*):

Valoració de la idoneïtat del servei sol·licitat:

Identificació del treballador o treballadora social

Nom i llinatges:

Núm. de col·legiat/ada:

Servei/Entitat:

Municipi:

Telèfon:

Adreça electrònica:

Signatura:

Lloc i data: