

**ANEXO IV**

**INFORME SOCIAL**

Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD

**PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL**

Nombre:

Nº Colegiación:

Centro de Trabajo:

Tfno. de contacto:

Correo electrónico corporativo:

**DATOS DE LA PERSONA INTERESADA**

Nombre y Apellidos:

Fecha Nacimiento:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Teléfono de contacto:

Nombre persona de contacto:

Observaciones (proceso de escolarización, asistencia a entidades):

### RED FAMILIAR DE APOYO Y TIPO DE CONVIVENCIA

| Nombre, Apellidos y DNI | Parentesco | Fecha Nacimiento | Estado Civil | Situación Laboral | Ocupación | Tipo Persona Cuidador [1] |
|-------------------------|------------|------------------|--------------|-------------------|-----------|---------------------------|
|                         |            |                  |              |                   |           |                           |
|                         |            |                  |              |                   |           |                           |
|                         |            |                  |              |                   |           |                           |
|                         |            |                  |              |                   |           |                           |
|                         |            |                  |              |                   |           |                           |

[1] Persona cuidadora **Principal, Secundaria, Ocasional** u **Obligada**

Observaciones (Aspectos de interés sobre la unidad de convivencia. Describa la relación solicitante-cónyuge y con otros componentes de la unidad familiar. Rotación familiar):

### RED DE APOYO QUE NO CONVIVE CON LA PERSONA INTERESADA Y RESIDEN CERCA DE SU DOMICILIO

| Nombre, Apellidos y DNI | Parentesco | Fecha Nacimiento | Teléfono | Situación Laboral | Tipo Persona Cuidador [1] |
|-------------------------|------------|------------------|----------|-------------------|---------------------------|
|                         |            |                  |          |                   |                           |
|                         |            |                  |          |                   |                           |
|                         |            |                  |          |                   |                           |
|                         |            |                  |          |                   |                           |

[1] Persona cuidadora **Principal, Secundaria, Ocasional** u **Obligada**

Observaciones (Aspectos de interés sobre otros familiares. Relaciones y dinámica familiar en general):

**A) Cargas Familiares**

Otra persona dependiente

Otra persona con grado de discapacidad mayor de 45%.

Hijos/as menores de 10 años

Trabajando el/la familiar cuidador/a fuera del hogar: SI NO.

Delicado estado de salud de la persona cuidadora: SI NO.

Incapacidad sobrevenida de la persona cuidadora: SI NO.

Observaciones (Potenciales riesgos de la familia cuidadora):

**B) Con sobrecarga de Cuidados**

Tipo de la sobrecarga de cuidados: LEVE MEDIO IMPORTANTE.

Sobrecarga por escasas habilidades de la persona cuidadora

Sobrecarga por escasos conocimientos de la persona cuidadora

Sobrecarga por persona cuidadora única

Sobrecarga por persona cuidadora obligada

Sobrecarga por imposibilidad de atención

Sobrecarga por otros motivos

Observaciones (Percepción del personal técnico sobre la competencia de la persona cuidadora):

**C) Conflictividad Familiar**

No hay conflictividad

Por persona cuidadora obligada

Conflictividad leve

Por persona cuidadora única

Conflictividad moderado

Varias personas cuidadoras

Conflictividad grave

Toxicomanías, malos tratos

Observaciones (Percepción del personal técnico sobre la probable conflictividad familiar, separación legales y relaciones entre progenitores):

**Participación**

Tiene amistades

Acude a algún recurso comunitario

Da pequeños paseos

Sólo acude al médico/a

Suele estar solo/a

No hace nada

Observaciones (Breve descripción de tareas que realiza, su día a día habitual):

**A) Sin Atención**

Carencia de familiares: SI NO.

Malas relaciones con los familiares: SI NO.

Lejanía de los familiares: SI NO.

Bien atendido: SI NO.

Esfuerzo de personal cuidador: SI NO.

Dificultad de atención: SI NO.

**B) Motivos que impiden dar la atención necesaria**

Problemas laborales: SI NO.

Salud: SI NO.

Problemas económicos: SI NO.

Otros problemas: SI NO.

Observaciones (Recoger otra problemática relevante):

**C) Apoyo externo recibido en la actualidad**

Apoyo social informal (vecindario, personal voluntario...): SI NO.

Apoyo privado: SI NO.

Servicio de ayuda a domicilio: SI NO.

Comida a domicilio: SI NO.

Lavandería a domicilio: SI NO.

Atención a domicilio cuidados personales: SI NO.

Centro ocupacional: SI NO.

Centro de día: SI NO.

Centro de noche: SI NO.

Centro residencial: SI NO.

Programas de integración social : SI NO.

Programas de integración laboral: SI NO.

Otros:

Observaciones (Percepción del personal técnico sobre los cuidados que la persona recibe):

**A) Regimen de la Vivienda**

Indique el tipo de Régimen (alquiler, vivienda en propiedad, etc):

**B) Barreras Arquitectonicas de la Vivienda**

¿Tiene barreras arquitectonicas la vivienda? :      SI      NO

Si la vivienda tiene barreras indique cuales:

**C) Descripción de la Vivienda**

Realice una breve descripción de la ubicación externa de la vivienda, distribución, accesibilidad y productos de apoyo:

**D) Condiciones de Habitabilidad**
**1) Equipamiento (marcar lo que necesite)**

|                       |               |                        |
|-----------------------|---------------|------------------------|
| Electricidad          | Gas Butano    | Gas Instalación        |
| Agua Corriente        | Agua Caliente | Baño (dentro vivienda) |
| Baño (fuera vivienda) | Ducha         | Bañera                 |
| Sólo W.C.             | Lavadora      | Frigorífico            |
| Lavavajillas          | Teléfono      | Calefacción            |

**2) Condiciones Higiénicas**

|         |        |           |       |
|---------|--------|-----------|-------|
| Óptimas | Buenas | Regulares | Malas |
|---------|--------|-----------|-------|

**3) Condiciones Estructura**

|         |        |           |       |
|---------|--------|-----------|-------|
| Óptimas | Buenas | Regulares | Malas |
|---------|--------|-----------|-------|

**E) Otras situaciones relevantes**

**A) Diagnostico Social**

**B) Red de Apoyo Social**

Con Red de Apoyo

Red de Apoyo frágil

Sin Red de Apoyo

**C) Propuesta Profesional**

**1) Servicios**

Servicio de Promoción de la Autonomía Personal  
Servicio de Prevención de situaciones de Dependencia  
Teleasistencia  
Servicio de Ayuda a Domicilio  
Servicio de Centro de día  
Servicio diurno de discapacidad  
Servicio de centro de noche  
Servicio residencial de discapacidad  
Servicio residencial de salud mental  
Servicio de Alojamientos especiales  
Servicio de atención residencial

**2) Prestaciones Económicas**

Prestación económica de Asistencia Personal  
Prestación económica de Cuidados en el Entorno Familiar <sup>[2]</sup>  
Prestación económica vinculada de Ayuda a Domicilio  
Prestación económica vinculada de Atención Residencial  
Prestación económica vinculada de Centro de Día  
Prestación económica vinculada de Promoción de la Autonomía

<sup>[2]</sup> El presente informe tiene la consideración de informe social al amparo del artículo 29.1 de la ley 39/2006: en el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y de las prestaciones correspondientes, la determinación de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar corresponderá a la administración competente a propuesta de los servicios sociales.

Fecha del informe.

Firma personal profesional:

## **DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. (A11003793)**

### **CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

Se le informa que los datos facilitados en el presente documento, dirigido a la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en concordancia con lo exigido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, se tratarán de conformidad con Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

### **RESPONSABLE DE LA JUNTA DE EXTREMADURA**

Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Dirección: Avda. de las Américas Nº 4 - 06800 Mérida (Badajoz).

Correo electrónico: [dirgerencia.sepad@salud-juntaex.es](mailto:dirgerencia.sepad@salud-juntaex.es)

Teléfono de contacto: 924003801

### **Finalidad con la que vamos a gestionar sus datos personales:**

Tramitación de los expedientes derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

Aplicación de lo dispuesto en el art. 37 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, desarrollado por la Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia al Ministerio competente en materia de Ley de Dependencia para los fines descritos en la normativa citada.

### **Tiempo que se van a mantener sus datos personales:**

Se conservarán durante el tiempo de vigencia y aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

De igual modo, serán de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentos.

### **Destinatarios a los que se comunicará sus datos:**

Podrán ser comunicados a: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud, Servicios Sociales de Atención Social Básica de Extremadura, sin precisar el previo consentimiento del interesado, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una Ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal, aunque deberemos informar de este tratamiento al interesado, salvo las excepciones previstas en el artículo 14.5 del RGPD.

### **Transferencias internacionales de datos:**

No están previstas transferencias internacionales de datos.

### **Sus derechos en relación con el tratamiento de datos:**

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos, a acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado.

En determinados supuestos podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso sólo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.

En determinados supuestos puede ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos, que serán entregados en un formato estructurado, de uso común o lectura mecánica a usted o al nuevo responsable de tratamiento que designe.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Dispone de formularios para el ejercicio de este derecho elaborados por la Agencia Española de Protección de Datos.

El plazo máximo para resolver es el de un mes a contar desde la recepción de su solicitud, pudiendo ser prorrogado dos meses más atendiendo al volumen de reclamaciones presentadas o a la complejidad de la misma.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, le agradecemos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener sus datos actualizados.