

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	BS210A	SOLICITUDE

NÚMERO DE EXPEDIENTE A completar pola administración	A.G.E.: SAAD	S.G.A.D.:
---	--------------	-----------

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE					
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE		
DATA DE NACEMENTO	SEXO	NACIONALIDADE (1)			
	☐ Home ☐ Muller				
☐ VIVE EN DOMICILIO PARTICULAR					
☐ RESIDE EN CENTRO RESIDENCIAL OU SOCIOSANITARIO					
TIPO	NOME DA VÍA (2)	NÚM.	BLOQ.	ANDAR	PORTA
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO			

(1) Se ostenta dobre nacionalidade, indique as dúas no apartado correspondente.

(2) Reflectir o domicilio habitual da persoa solicitante (domicilio particular ou se a residencia actual é un centro residencial ou sociosanitario), tendo en conta que é o domicilio que se tomará como referencia para levar a cabo a valoración.

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)			
(No caso do gardador/a de feito o enchemento deste apartado xunto coa sinatura desta solicitude servirá como declaración da citada circunstancia ante a Administración. No caso de menores de 18 anos, o representante será o pai, a nai ou titor/a do menor)			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE
EN CALIDADE DE			
☐ REPRESENTANTE	☐ GARDADOR/A DE FEITO	☐ PAI/NAI/TITOR/A DA PERSOA MENOR (menores de 18 anos)	

AUTORIZACIÓN PARA A PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DA SOLICITUDE E DEMAIS DOCUMENTACIÓN POR PARTE DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA

(O enchemento deste apartado implicará o outorgamento da autorización para a súa presentación electrónica)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE	Nº COLEXIADO/A
ENTIDADE/ORGANISMO:				
☐ Concello ☐ Centro de saúde ☐ Outros (hospital, atención especializada, etc.), especifique:				

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE					
As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos sen que sexa válida para elas, nin produza efectos, unha opción diferente.					
☐ Electrónica a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, https://notifica.xunta.gal . Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico ou Chave365					
☐ Postal (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente)					
TIPO	NOME DA VÍA	NÚM.	BLOQ.	ANDAR	PORTA
PARROQUIA			LUGAR		
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		

DATOS ESPECÍFICOS DO PROCEDEMENTO

MOTIVO EN QUE SE FUNDAMENTA A SOLICITUDE

☐ Valoración inicial
 ☐ Homologación
 ☐ Reactivación do PIA
 ☐ Revisión por melloría/agravamento.
 ☐ Revisión do PIA

☐ Valoración inicial por emerxencia social
(Dita circunstancia deberá acreditarse polo/a traballador/a social de referencia)

☐ Traslado de expediente de dependencia á provincia de dentro da Comunidade Autónoma de Galicia

☐ Traslado de expediente de dependencia á provincia de da Comunidade Autónoma de

GRUPO DE IDADE AO QUE PERTENCE A PERSOA SOLICITANTE

☐ Menor de tres anos (de 0 ata 3 anos)
 ☐ A partir de 3 anos

ESTADO CIVIL

☐ SOLTEIRO/A
 ☐ CASADO/A /PARELLA DE FEITO
 ☐ DIVORCIADO/A
 ☐ VIÚVO/A
 ☐ SEPARADO/A

RÉXIME DE AFILIACIÓN Á SEGURIDADE SOCIAL E PRESTACIÓNS

☐ Seguridade Social
 ☐ MUFACE
 ☐ ISFAS
 ☐ MUGEJU
 ☐ Outro tipo de asistencia

☐ PERCEPTOR DUNHA PENSIÓN NO ESTRANXEIRO
(É necesario que achegue certificación bancaria no que figure a pensión percibida)

CONDICIÓN

☐ TITULAR
 ☐ BENEFICIARIA

Tipo de prestación

Contía do ano en curso

Nº TARXETA SANITARIA

Número de pagas:

EXPECTATIVA SOBRE O SERVIZO E PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE PODERÍA PERCIBIR

SERVIZOS

a) Axuda no fogar
 b) Servizo de atención diúrna
 c) Servizo de atención de noite
 d) Servizo de atención residencial

☐ Área xeográfica
 (Sinale 3 centros por orde de preferencia)

☐ Toda a Comunidade Autónoma de Galicia

1)

2)

3)

e) Servizo de promoción da autonomía persoal

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

a) Prestación vinculada ao servizo:

Provincia

Concello

Entidade que presta o servizo

b) Prestación para coidados na contorna familiar:

Nome e Apelidos (persoa coidadora non profesional)

☐ Parentesco (ata o 4º grao)
 ☐ Persoa da contorna

DNI/NIE/PASAPORTE

c) Prestación de asistencia persoal

Nome e Apelidos / Razón social (profesional ou entidade que presta o servizo)

DNI/NIE/PASAPORTE/ NIF

Orde de preferencia. numérica

Orde de preferencia. numérica

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE/GARDADOR/A DE FEITO DECLARA:

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se presentan son certos.
2. Que quedo informado/a da obriga de facilitar toda a información e os datos que me sexan requiridos e que resulten necesarios para recoñecer ou manter o dereito ás prestacións do sistema.
3. Que me comprometo a destinar o importe da prestación á finalidade para a cal se me concedeu, así como xustificar a súa aplicación.
4. Que me comprometo a participar no pagamento do custo do servizo nos termos que estableza a normativa vixente que os regula, no seu caso.
5. Que quedo informado/a da obriga de comunicar á xefatura territorial da Consellería competente en materia de servizos sociais calquera variación da situación con respecto a aquela sobre a que se concedeu a prestación, no prazo máximo de 30 días naturais a contar desde que dita variación se produza.
6. Que quedo informado/a da obriga de comunicar á xefatura territorial da Consellería competente en materia de servizos sociais, no prazo máximo de 30 días naturais, os traslados da residencia habitual, tanto os de carácter temporal superiores a 30 días ou definitivos que se produzan dentro da mesma ou diferente localidade, a outra comunidade autónoma e ao estranxeiro.
7. Que me comprometo a facilitar cantas comprobacións ou visitas ao domicilio da persoa solicitante sexan necesarias para verificar o cumprimento dos requisitos e circunstancias esixidas para ser persoa beneficiaria das prestacións.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA XUNTO COA SOLICITUDE (ANEXO I)

- ☐ Anexo II Informe de condicións de saúde.
- ☐ Anexo III Informe social unificado

OUTRA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA A TRAMITACIÓN DESTE PROCEDEMENTO, DE SER O CASO

- ☐ Anexo IV Comprobación dos datos do/a cónxuxe/parella de feito, da/s persoa/s a cargo e da persoa coidadora da persoa solicitante de dependencia
- ☐ Anexo V Compromiso de alta na Seguridade Social do/a profesional que presta a asistencia persoal, só para os casos de prestación económica de asistencia persoal
- ☐ Certificado de emigrante retornado expedido na Delegación do Goberno correspondente ou mediante a correspondente baixa consular (no caso de non cumprir o requisito do período de residencia)
- ☐ Documento acreditativo da representación, da persoa que actúe como representante, no seu caso

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas

No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo e sinalar os motivos da dita oposición no recadro correspondente. Achegarán unha copia dos documentos a cuxa consulta se opoñen (*).	OPÓÑOME Á CONSULTA (marcar unicamente se a persoa interesada se opón á consulta e aporta documentación)
DNI/NIE da persoa solicitante	☐
DNI/NIE da persoa representante ou gardador/a de feito	☐
Certificado de nacemento do rexistro civil, no caso de menores de idade que non dispoñan de DNI	☐
Certificado de residencia legal no caso de persoas estranxeiras	☐
Certificado de empadramento actual	☐
Certificado de empadramento histórico	☐
Certificado do grao de dependencia, no caso de expedientes trasladados doutras comunidades autónomas	☐
Certificado do grao de discapacidade	☐
Certificado de defunción do rexistro civil	☐
Consulta do Informe Social Unificado dispoñible na Historia Social Única Electrónica	☐
Certificación de datos catastrais	☐
Certificado de titularidade de bens catastrais do solicitante	☐
Expoña os motivos da oposición:	

(*) En aplicación do disposto no artigo 28.2 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas. Pode atopar máis información sobre o exercicio dos seus dereitos, incluído o dereito de oposición, na seguinte ligazón: <https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos>.

CONSENTIMENTO PARA A COMPROBACIÓN DE DATOS TRIBUTARIOS OU OUTROS CUXA LEXISLACIÓN ESPECÍFICA REQUIRA O CONSENTIMENTO EXPRESO

A consulta dos documentos relacionados a continuación deberá ser obxecto de autorización expresa.

No caso de que as persoas interesadas non marquen o recadro de autorización expresa, deberán achegar os certificados actualizados que acrediten estar ao corrente no cumprimento cos deberes tributarios ou outra documentación cuxa comprobación non autoricen	AUTORIZO Á CONSULTA	
Certificado da declaración da renda (IRPF)	☐ SI	☐ NON
Certificado das prestacións do Rexistro de Prestacións Sociais Públicas, incapacidade temporal e maternidade, de calquera réxime (Seguridade Social, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, ...) da persoa solicitante	☐ SI	☐ NON
Certificado da Renda de inclusión social de Galicia (RISGA)	☐ SI	☐ NON
Historia Clínica do SERGAS (3)	☐ SI	☐ NON

(3) Neste suposto, a persoa interesada autoriza a consulta dos seus datos na Historia Clínica do SERGAS. En calquera caso deberá presentar xunto coa solicitude o Anexo II.



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social e Igualdade.
Finalidades do tratamento	Xestión do recoñecemento do grao de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema. Tramitar este procedemento, verificar os datos e documentos que a persoa interesada achegue na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que se deriven e informar sobre o estado da tramitación. Así mesmo, os datos incluíranse na Carpeta cidadá da persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal coma de carácter administrativo.
Lexitimación para o tratamento	Cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos derivada dunha competencia legalmente atribuída ao responsable do tratamento, así como o cumprimento de obrigas legais impostas a dito responsable, en concreto na Lei 39/2006 de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, e o Decreto 142/2023 polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. No seu caso, o consentimento outorgado pola persoa interesada.
Destinatarios dos datos	Os datos persoais serán comunicados á Consellería de Facenda, SERGAS no acceso á aplicación, IMSERSO para o cofinanciamento da dependencia, concello correspondente no acceso á aplicación, Deputación de Ourense, Servizo 012 para a xestión de citas, así como ás entidades que prestan os servizos do sistema de dependencia dos que é beneficiario/a e a outras Administracións públicas estatais, autonómicas e locais no exercicio das súas competencias en materia de protección social e atención á dependencia cando sexa necesario para a tramitación e resolución deste procedemento.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán solicitar ante o responsable do tratamento o acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos ou retirar, no seu caso, o consentimento outorgado a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos . Así mesmo, as persoas interesadas poderán retirar o consentimento previamente outorgado dirixindo a súa solicitude á Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social e Igualdade. A retirada do consentimento non afectará á licitude do tratamento baseada no consentimento previo á súa retirada.
Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos
☐ Autorizo o tratamento dos datos para a xestión do recoñecemento inicial do grao de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema, así como, para as sucesivas revisións, xa sexan de oficio ou a instancia da persoa interesada.	

LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 142/2023 polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

Orde do XX de XXXXXX de XXXX, pola que se desenvolve o Decreto 142/2023 polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE E/OU REPRESENTANTE/GARDADOR/A DE FEITO

Lugar e data					
	,		de		de

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCE- DEMENTO	DOCUMENTO
RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	BS210A	INFORME DE SAÚDE

INFORME DE CONDICIÓNS DE SAÚDE

(Para o recoñecemento da situación de dependencia e acceso aos servizos e prestacións establecidos na Lei 39/2006, do 14 de decembro)

1. DATOS DA PERSOA SOLICITANTE			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE
DATA DE NACEMENTO	IDADE	MOTIVO DO INFORME	
		☒ Solicitude inicial de recoñecemento da situación de dependencia ☐ Revisión do recoñecemento	

2. NO CASO DE NENOS ENTRE 0 E 6 MESES, INDIQUE (obrigado cumprimento)

PESO NO MOMENTO DE NACER EN GRAMOS			
☒ Menos de 1.100 g.	☐ Entre 1.100 e 1.500 g.	☐ >1.500 e < 2.200 g.	☐ Máis de 2.200 g.

3. DIAGNÓSTICOS

Indique os diagnósticos das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, prolongado, crónico ou de longa duración

PATOLOXÍAS	DIAGNÓSTICOS (Obrigado cumprimento)	DATA DIAGNÓSTICO (Obrigado cumprimento)	CODIFICACIÓN		FASE EVOLUTIVA	
			CLASIFICACIÓN	CÓDIGO		
Demencias e Enfermidades neurodexenerativas					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Patoloxía traumática					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Trastornos graves do comportamento					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioro cognitivo					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica

* Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado

4. INDIQUE OS TRATAMENTOS ACTUAIS, MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, AXUDAS TÉCNICAS, ORTOSES E PRÓTESES PRESCRITOS (obrigado cumprimento)

FARMACOLÓXICOS

HIXIÉNICO/DIETÉTICO

PSICOTERAPÉUTICO

REHABILITADOR

☒ Recibe
 ☒ Non recibe
 ☒ Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras
 ☒ Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras

OUTROS

5. INDIQUE AS MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, SOPORTE TERAPÉUTICO E AXUDAS TÉCNICAS QUE TÉN PRESCRITAS (obrigado cumprimento)

☒ Oxixenoterapia	☒ Sonoterapia	☒ Nutrición enteral por SNG/PEG	☒ Nutrición parental
☒ S. Vesical	☒ Ostomías	☒ Absorbentes	☒ Próteses/Órtese
☒ Andador	☒ Cadeira de rodas	☒ Suxeición mecánica	
☒ Outros			

6. INDIQUE SITUACIÓN ACTUAL SE PROCEDE:

☒ Encamado
☒ Vida cama/sofá

7. INDIQUE SE EXISTE NECESIDADE DE APOIO PARA AS ACTIVIDADES DE AUTOCOIDADO (obrigado cumprimento)

☒ Leve
 ☒ Moderada
 ☒ Grave

8. INDIQUE SE ENTRE AS PATOLOXÍAS DESCRITAS, ALGUNHA DELAS CURSA EN BROTES (obrigado cumprimento)

PATOLOXÍA	FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO	ÚLTIMO BROTE

9. INDIQUE SE A PERSOA SE PODE TRASLADAR FÓRA DO DOMICILIO

☒ SI
 ☒ NON

10. IDENTIFICACIÓN DO/DA PROFESIONAL QUE EMITE O INFORME (obrigado cumprimento)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DO INFORME
ORGANISMO/CENTRO DE SAÚDE			Nº COLEXIADO/A

SINATURA DO/A PROFESIONAL

Lugar e data

, de de de



**BS210A – RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA
COMPROBACIÓN DOS DATOS DO/A CÓNXUXE/PARELLA DE FEITO, PERSOA/S A CARGO E DA PERSOA COIDADORA DA PERSOA SOLICITANTE DE DEPENDENCIA**

As persoas interesadas, mediante a súa sinatura, declaran ter sido informadas da incorporación dos seus datos persoais ao expediente de tramitación. No caso de menores de idade, este documento deberá ser asinado por una das persoas proxenitoras, titor/a ou representante legal. No caso de que as persoas interesadas se opoñan á comprobación, deberán indicalo e sinalar os motivos de dita oposición no recadro correspondente

RELACIÓN COA PERSOA SOLICITANTE DE DEPENDENCIA	NOME E APELIDOS	DNI/NIE	MENOR DE IDADE	TITOR/A OU REPRESENTANTE LEGAL		COMPROBACIÓN DE DATOS		SINATURA
				NOME E APELIDOS	DNI/NIE	Os seguintes datos das persoas interesadas serán obxecto de consulta ás administracións públicas:	OPÓÑOME Á CONSULTA	
			☐			DNI/NIE	☐	
						Certificado de empadramento actual	☐	
						Certificado de residencia legal no caso de persoas estranxeiras	☐	
						Certificado do grao de discapacidade	☐	
						Certificado do grao de dependencia	☐	
						CONSENTIMENTO PARA A CONSULTA DE DATOS: <i>No caso de non dar consentimento, deberá acompañar o documento correspondente:</i>	CONSENTIMENTO	
						Certificado da declaración da Renda (IRPF)	☐ SI ☐ NON	
						Certificado das prestacións do Rexistro de Prestacións Sociais Públicas, Incapacidade Temporal e Maternidade de calquera réxime (Seguridade Social, MUFACE, ISFAS, MUJEGU, ...)	☐ SI ☐ NON	
						Certificado da Renda de integración de Galicia (RISGA)	☐ SI ☐ NON	
							OPÓÑOME Á CONSULTA	
			☐			DNI/NIE	☐	
						Certificado de empadramento actual	☐	
						Certificado de residencia legal no caso de persoas estranxeiras	☐	
						Certificado do grao de discapacidade	☐	
						Certificado do grao de dependencia	☐	
						CONSENTIMENTO PARA A CONSULTA DE DATOS: <i>No caso de non dar consentimento, deberá acompañar o documento correspondente:</i>	CONSENTIMENTO	
						Certificado da declaración da Renda (IRPF)	☐ SI ☐ NON	
						Certificado das prestacións do Rexistro de Prestacións Sociais Públicas, Incapacidade Temporal e Maternidade de calquera réxime (Seguridade Social, MUFACE, ISFAS, MUJEGU, ...)	☐ SI ☐ NON	
						Certificado da Renda de integración de Galicia (RISGA)	☐ SI ☐ NON	
							OPÓÑOME Á CONSULTA	

De no ser suficiente o espacio previsto no cadro anterior deberanse cubrir e enviar tantos anexos como sexan necesarios.

MOTIVOS DE OPOSICIÓN Á COMPROBACIÓN DE DATOS:

RELACIÓN COA PERSOA SOLICITANTE DE DEPENDENCIA	NOME E APELIDOS	DNI/NIE	Expoña os motivos de oposición

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia – Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social e Igualdade
Finalidades do tratamento	Xestión do recoñecemento do grao de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema. Tramitar este procedemento, verificar os datos e documentos que a persoa interesada achegue na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que se deriven e informar sobre o estado da tramitación. Así mesmo, os datos incluíranse na Carpeta cidadá da persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal coma de carácter administrativo.
Lexitimación para o tratamento	Cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos derivada dunha competencia legalmente atribuída ao responsable do tratamento, así como o cumprimento de obrigas legais impostas a dito responsable, en concreto na Lei 39/2006 de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, e o Decreto 142/2023 polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. No seu caso, o consentimento outorgado pola persoa interesada..
Persoas destinatarias dos datos	Os datos persoais serán comunicados á Consellería de Facenda, SERGAS no acceso á aplicación, IMSERSO para o cofinanciamento da dependencia, concello correspondente no acceso á aplicación, Deputación de Ourense, Servizo 012 para a xestión de citas, así como ás entidades que prestan os servizos do sistema de dependencia dos que é beneficiario/a e a outras Administracións públicas estatais, autonómicas e locais no exercicio das súas competencias en materia de protección social e atención á dependencia cando sexa necesario para a tramitación e resolución deste procedemento.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán solicitar ante o responsable do tratamento o acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos ou retirar, no seu caso, o consentimento outorgado a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos . Así mesmo, as persoas interesadas poderán retirar o consentimento previamente outorgado dirixindo a súa solicitude á Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social e Igualdade. A retirada do consentimento non afectará á licitude do tratamento baseada no consentimento previo á súa retirada.
Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos

Lugar e data

	,		de		de	
--	---	--	----	--	----	--

ANEXO VI

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DEL PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	BS210A	COMPROMISO

COMPROMISO DE ALTA NA SEGURIDADE SOCIAL DO/A PROFESIONAL QUE PRESTA A ASISTENCIA PERSOAL

No suposto no que a relación entre a persoa beneficiaria e o/a asistente/a persoal derive dun contrato de prestación de servizos, esta última terá que acreditar o cumprimento das súas obrigas de afiliación, alta e cotización no correspondente réxime da Seguridade Social.

DATOS DA PERSOA BENEFICIARIA DA PRESTACIÓN		
NOME E APELIDOS	DNI/NIE	N.º EXPEDIENTE

DATOS DA PERSOA QUE PRESTA ASISTENCIA PERSOAL Á PERSOA BENEFICIARIA DA PRESTACIÓN	
NOME E APELIDOS	DNI/NIE

O/A asistente/a persoal **COMPROMÉTESE BAIXO A SÚA RESPONSABILIDADE** a:

1. Asinar un contrato de prestación de servizos coa persoa beneficiaria da prestación
2. Ao cumprimento de todas as súas obrigas de afiliación, alta e cotización no correspondente réxime da Seguridade Social.

E para que así conste e produza os efectos correspondentes ante a Consellería de Política Social e Igualdade da Comunidade Autónoma de Galicia, asino esta declaración.

SINATURA DO/A ASISTENTE PERSOAL						
Lugar e data						
	,		de		de	



ANEXO V

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	BS210A	INFORME SOCIAL

INFORME SOCIAL UNIFICADO
(maiores, discapacidade e dependencia)

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL QUE EMITE O INFORME			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	Nº DE COLEXIADO/A
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO	
ENTIDADE/ORGANISMO			

MOTIVO DO INFORME
VALORACIÓN E ACCESO A SERVIZOS/PRESTACIÓNS POR DEPENDENCIA
SERVIZOS
PRESTACIÓNS ECONÓMICAS
ACCESO A SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS
ACCESO A SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS
☐ COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL (especificar)
☐ REQUIRIMENTO INSTITUCIONAL (especificar)
☐ URXENCIA SOCIAL/EMERXENCIA
☐ COMUNICACIÓN DE PRESUNTA INCAPACIDADE
☐ OUTROS (especificar)
OUTROS TRÁMITES INICIADOS



I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA PERSOA INTERESADA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/NIE		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO	DATA DE NACEMENTO		
SEXO	ESTADO CIVIL	HISTORIA SOCIAL			
☐ HOME ☐ MULLER		☐ NON ☐ SI ☐ SIUSS ☐ EVO ☐ IANUS ☐ OUTROS			

I.1. SITUACION LEGAL

INCAPACITACIÓN LEGAL	GARDADOR/A DE FEITO	TIPO DE REPRESENTACIÓN			
☐ NON ☐ EN TRÁMITE ☐ SI	☐ NON ☐ SI	☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ GARDADOR/A DE FEITO			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/NIE		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				

I.2. OUTROS DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CON DISCAPACIDADE	ATP	MOBILIDADE REDUCIDA	RECOÑECIMENTO DE DEPENDENCIA	
☐ NON ☐ SI PORCENTAXE:	☐ NON ☐ SI	☐ NON ☐ SI	☐ NON ☐ EN TRÁMITE ☐ SI	GRAO:
COBERTURA SANITARIA				
☐ NON ☐ SI ENTIDADE:				

I.3. FORMACION E SITUACION LABORAL

PERSOA INTERESADA EN IDADE LABORAL
☐ NON ☐ SI
OCUPACIÓN
FORMACIÓN ACADÉMICA
FORMACIÓN OCUPACIONAL
PROFESIÓN
EXPERIENCIA LABORAL
OUTROS DATOS DE INTERESE



II. SITUACION DE EMERXENCIA SOCIAL

¿É UNHA SITUACIÓN DE EMERXENCIA SOCIAL?

☐ NON ☐ SI

ESPECIFICAR EMERXENCIA SOCIAL

COMUNICACIÓN A FISCALÍA/XULGADO

☐ NON ☐ SI

OUTRA INFORMACIÓN XUSTIFICATIVA DA NECESIDADE E URXENCIA

PROPOSTA

III. NECESIDADES E INTERESES

NECESIDADE DE APOIOS EN ABVD

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DE AXUDAS TÉCNICAS

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DE ADAPTACIÓN DO FOGAR

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DOUTROS APOIOS PARA A CALIDADE DE VIDA

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

PREFERENCIAS DA PERSOA

☐ CONTINUAR NO SEU DOMICILIO ACTUAL CO/OS SERVIZOS/PRESTACIÓNS DE:

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS



PREFERENCIAS DA PERSOA (continuación)

☐ CAMBIO DE UNIDADE DE CONVIVENCIA (OUTRO DOMICILIO FAMILIAR):

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		

CO/OS SERVIZOS/ PRESTACIÓNS DE

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

☐ PERMANECER NO CENTRO RESIDENCIAL

☐ CAMBIAR O CENTRO RESIDENCIAL (ESPECIFICAR O TIPO DE RECURSO)

VALORACIÓN PROFESIONAL

VALORACIÓN PROFESIONAL: A PARTIR DE NECESIDADES, CAPACIDADES E EXPECTATIVAS DA PERSOA (SE É O CASO, INCLUÍNDO OUTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE)

IV. SITUACION DE CONVIVENCIA

☐ EN CENTRO/UNIDAD RESIDENCIAL

☐ EN PENSIÓN OU SIMILAR

☐ EN DOMICILIO PARTICULAR

☐ VIVE SÓ/A

☐ ROTA

TIPOLOXÍA

OUTROS DATOS DE INTERESE



IV.1 UNIDADE DE CONVIVENCIA

DOMICILIO/S PARTICULAR/ES

☐ NON ☐ SI

PERSOA 1

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 2

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 3

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 4

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS



IV.1 UNIDADE DE CONVIVENCIA (continuación)

PERSOA 5

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN		
OCUPACIÓN			
DISCAP %	DEPEND G°	OBSERVACIÓNS	

PERSOA 6

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN		
OCUPACIÓN			
DISCAP %	DEPEND G°	OBSERVACIÓNS	

IV.2 RELACIÓNS DE CONVIVENCIA

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES QUE CONDICIONAN A CONVIVENCIA

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

RELACIÓNS FAMILIARES (se excluen malos tratos ou abandonos, xa incluídos no punto II) (ver escala de funcionamento familiar)

VÍNCULOS AFECTIVOS

☐ POSITIVOS ☐ NEGATIVOS ☐ CONTRADICTORIOS ☐ ILLAMENTO AFECTIVO

IMPLICACIÓN E RESPONSABILIDADES

☐ INAPRECIABLES ☐ COMPARTIDAS ☐ FOCALIZADAS NUN MEMBRO

RELACIÓNS

☐ NORMALIZADAS/BOAS/ACEPTABLES ☐ ESCASAS/INSUFICIENTES ☐ CONFLITIVAS/MALAS



IV.3 FAMILIARES COS QUE NON CONVIVE (e son significativos para a persoa)

☐ NON ☐ SI

PERSOA 1

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)

PERSOA 2

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)

PERSOA 3

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 ENDEREZO ELECTRÓNICO

OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)



IV.4 OUTRAS PERSOAS SIGNIFICATIVAS (rede de apoio social)

☐ NON ☐ SI

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
OBSERVACIÓNS					

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
OBSERVACIÓNS					

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
OBSERVACIÓNS					

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
OBSERVACIÓNS					



V. PRESTACIÓN DE APOIOS FAMILIARES/NON PROFESIONAIS

☐ NON ☐ SI

FAMILIARES COS QUE CONVIVE

☐ DIARIOS ☐ SEMANAIS ☐ ESPORÁDICOS ☐ NON RECIBE

FAMILIARES COS QUE NON CONVIVE

☐ DIARIOS ☐ SEMANAIS ☐ ESPORÁDICOS ☐ NON RECIBE

APOIOS VECIÑAIS

☐ DIARIOS ☐ SEMANAIS ☐ ESPORÁDICOS ☐ NON RECIBE

CARACTERIZACIÓN XERAL DE APOIOS

☐ INEXISTENTES ☐ INSUFICIENTES ☐ AXEITADOS

DESEMPEÑO DO ROL DE COIDADOR/A FAMILIAR

☐ NON ☐ SI

Nº DE COIDADORES/AS

V.1. COIDADOR/A PRINCIPAL (persoa que presta todos ou gran parte dos apoios)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO ADICADO

APOIOS QUE PRESTA

OBSERVACIÓNS

V.2. OUTROS COIDADORES/AS (persoa/s que comparten os coidados ou proporcionan apoios parciais)

PERSOA 1

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO DEDICADO

APOIOS QUE PRESTA

OBSERVACIÓNS

PERSOA 2

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO DEDICADO

APOIOS QUE PRESTA

OBSERVACIÓNS



V.2. OUTROS COIDADORES/AS (continuación)

PERSOA 3

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN	TEMPO DEDICADO	
APOIOS QUE PRESTA			
OBSERVACIÓNS			

V.3. PERFIL DE COIDADOS FAMILIARES (incluír todo o sistema de apoios familiares)

☐ FAMILIAR MEMBRO DA UNIDADE DE ☐ CONVIVENCIA FAMILIAR QUE NON
☐ CONVIVE ☐

COIDADOR NON FAMILIAR SEN REMUNERACIÓN COIDADOR NON FAMILIAR REMUNERADO

Valoración de características (ver anexo X)

FRAXILIDADE

☒ ALTO ☐ MEDIO ☐ BAIXA

CONSISTENCIA

☒ ALTO ☐ MEDIO ☐ BAIXA

RISCO DE CLAUDICACIÓN

☒ ALTO ☐ MEDIO ☐ BAIXA

VALORACIÓN DOS COIDADOS FAMILIARES

☒ AXEITADOS AXEITADOS, ☐ PERO INSUFICIENTES ☐ INADECUADOS

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE, SÍNTESE DE CAPACIDADES E LIMITACIÓNS FAMILIARES NA PRESTACIÓN DE APOIOS, SOBRECARGA FAMILIAR, CARENCIAS E POSIBILIDADES DE COMPENSACIÓN

VI. VIVENDA

TIPO DE VIVENDA

RÉXIMEN DE POSESIÓN

PERSOAS	HABITACIÓNS	CUSTO ANUAL	SUPERFICIE (m ²)	M ² POR PERSOA

EQUIPAMENTOS

☐ AUGA CORRENTE ☐ W.C. ☐ DUCHA ☐ ELECTRICIDADE ☐ GAS
☐ AUGA QUENTE ☐ TELÉFONO ☐ FRIGORÍFICO ☐ CALEFACCIÓN (TOTAL) ☐ LAVADORA AUTOMÁTICA

HABITABILIDADE

☐ BARREIRAS ARQUIT. ACCESO ☐ BARREIRAS ARQUIT. VIVENDA ☐ FALTA ILUMINACIÓN NATURAL ☐ FALTA VENTILACIÓN
☐ DETERIORADA (goteiras, humidade, ...) ☐ AMEAZA RUINA ☐ ACEPTABLE

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (alarma de intrusos, detección de incendios, gas, auga, ...)

☐ NON ☐ SI (Especificar os elementos de protección existentes e outros apoios técnicos)



VI. VIVENDA (continuación)

ENTORNO DA VIVENDA

☐ URBANO ☐ SEMIURBANO ☐ URBANO, ZONA MARXINAL ☐ RURAL ☐ RURAL AISLADO

ACCESIBILIDADE A SERVIZOS E RECURSOS

☐ BOA ☐ REGULAR ☐ MALA

TRANSPORTE PÚBLICO

☐ CADA HORA ☐ 4-8 VECES O DÍA ☐ 1-2 VEZ O DÍA ☐ A DEMANDA ☐ NON HAI ☐ NON É ACCESIBLE

TRANSPORTE ADAPTADO

☐ NON ☐ SI

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA SOBRE A VIVENDA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE E VALORACIÓN DE IDONEIDADE TENDO EN CONTA AS CARACTERÍSTICAS, AS PERCEPCIÓNS DA PERSOA E A FAMILIA E O ACCESO A RECURSOS E SERVIZOS. NECESIDADE DE REALIZAR ADAPTACIÓNS NO FOGAR.

VII. SERVIZOS/PRESTACIÓNS SOCIAIS QUE UTILIZA A PERSOA

0. A PERSOA NON RECIBE NINGÚN SERVIZO OU PRESTACIÓN DE SERVIZOS SOCIAIS. ☐

1. A PERSOA UTILIZA SERVIZOS SOCIAIS DE PROXIMIDADE. ☐ NON ☐ SI

1.1. TELEASISTENCIA

TIPO ACCESO ENTIDADE/ORGANISMO

1.2. AXUDA NO FOGAR

TIPO INTENSIDADE ACCESO DATA DE INICIO

ENTIDADE/ORGANISMO

1.3. RECIBE COMIDA NA CASA

ACCESO ☐ NON ☐ SI

1.4. USA TRANSPORTE ADAPTADO

☐ NON ☐ SI

1.5. CENTRO DE DÍA/TALLER

TIPO INTENSIDADE ACCESO DATA DE INICIO

ENTIDADE/ORGANISMO

1.6. VIVENDA TUTELADA

TIPO DE PLAZA ACCESO DATA DE INGRESO

ENTIDADE/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DO SERVIZO

☐ NON ☐ SI

RECIBE OUTROS SERVIZOS DE APOIO

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)



2. A PERSOA UTILIZA SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS.

☐ NON ☐ SI

2.1. CENTRO RESIDENCIAL

TIPO DE PRAZA

ACCESO

DATA DE INGRESO

ENTIDADE/ORGANISMO

2.2. OUTROS SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

ACCESO

ENTIDADE/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DO SERVIZO

☐ NON ☐ SI

RECIBE OUTROS SERVIZOS DE APOIO

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

3. A PERSOA RECIBE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA COIDADOS NO ENTORNO.

☐ NON ☐ SI

3.1. A PERSOA ESTÁ ATENDIDA NO SEU DOMICILIO POLA COIDADOR/A.

☐ NON ☐ SI

☐ RECIBE/RECIBEU FORMACIÓN ESPECÍFICA

☐ DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

3.2. A PERSOA ESTÁ ATENDIDA POLO ASISTENTE PERSOAL

☐ NON ☐ SI

☐ DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

OUTROS APOIOS NO ENTORNO

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

4. A PERSOA RECIBE OUTROS SERVIZOS E/OU PRESTACIÓNS SOCIAIS.

☐ NON ☐ SI (ESPECIFICAR)

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE E VALORACIÓN DE IDONEIDADE DAS PRESTACIÓNS OU SERVIZOS SOCIAIS E DO SEU IMPACTO NA UNIDADE DE CONVIVENCIA.

VIII. OUTROS SERVIZOS/PRESTACIÓNS QUE UTILIZA A PERSOA (educación, sanidade, emprego)

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS



VIII. OUTROS SERVIZOS/PRESTACIÓNS QUE UTILIZA A PERSOA (continuación)

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

IX. SITUACIÓN ECONÓMICA

INGRESOS DA PERSOA SOLICITANTE/INGRESOS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

INGRESOS NETOS (PENSIÓNS, PRESTACIÓNS, RETRIBUCIÓNS....)

CONCEPTO

CONTÍA MENSUAL

NÚMERO DE PAGAS

RENDEMENTOS DO CAPITAL MOBILIARIO

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

OUTROS RENDIMIENTOS (DO CAPITAL INMOBILIARIO, ACTIVIDADES ECONÓMICAS)

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

GANANCIAS E PÉRDIDAS PATRIMONIAIS (VENTAS, REEMBOLSOS..)

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

GASTOS FIXOS DO SOLICITANTE/DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

ALUGAMENTOS (CONTÍA MENSUAL)

HIPOTECAS (CONTÍA MENSUAL)

SERVIZOS DE ATENCIÓN (CONTÍA MENSUAL)

OUTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA

--	--



X. VALORACION PROFESIONAL E PROPOSTA

1. DIAGNÓSTICO SOCIAL (Síntese da información significativa e valoración profesional)

2. PROGNÓSTICO (Síntese de consecuencias, se non se interveñen na situación persoal/familiar)

3. PROPOSTA DA INTERVENCIÓN

- ☐ 1. ACCESO A SERVIZOS/PRESTACIÓNS.
- ☐ 2. ARTICULACIÓN DE APOIOS INSTITUCIONAIS E SOCIAIS.

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL

Lugar e data

,

de

de