



Núm. d'expedient Any

Sol·licitud per a l'accés als serveis socials i programes d'atenció a la gent gran gestionats per l'ICASS

I. Dades d'identificació de la persona sol·licitant

Número de la targeta sanitària ¹ ____/____/____/____/____	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra	Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	
Número de la Seguretat Social	Estat civil		
Data de naixement	Lloc de naixement	Nombre de fills/filles	

Adreça

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)	Nom de la via				
	Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Població	Província			
Telèfon fix	Telèfon mòbil	Adreça electrònica			

II. Expedient relacionat

Número de la targeta sanitària ¹ ____/____/____/____/____	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra	Número de la Seguretat Social	
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Data de naixement	Lloc de naixement
Vincle de relació			

Adreça de l'expedient relacionat

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)	Nom de la via				
	Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Població	Província			
Telèfon fix	Telèfon mòbil	Adreça electrònica			

(1) Codi que comença per quatre lletres seguides de deu dígitos numèrics.

III. Dades d'identificació: de la persona de referència
 del representant legal

Nom Primer cognom Segon cognom

Tipus d'identificació Número identificador del document - lletra

DNI NIF NIE

Vincle amb la persona sol·licitant

Adreça a l'efecte de notificació (empleneu-la només en el cas de ser diferent de l'apartat I)

Tipus de via (plaça, carrer, etc.) Nom de la via

Número Bloc Escala Pis Porta

Codi postal Població Província

Telèfon fix Telèfon mòbil Adreça electrònica

IV. Si gaudiu d'un servei i/o prestació, especifiqueu-ho

Tipologia del servei o prestació / preu Nom de l'entitat proveïdora Titularitat

pública privada

Municipi Des de quan en gaudiu Horari / distribució setmanal

Tipologia del servei o prestació / preu Nom de l'entitat proveïdora Titularitat

pública privada

Municipi Des de quan en gaudiu Horari / distribució setmanal

V. Emplenar únicament en el cas de sol·licitar suport econòmic

Banc o caixa d'estalvis Agència núm.

Adreça Núm. Codi postal

Municipi

Entitat Oficina Control Número del compte

Titular de la llibreta o del compte corrent NIF de la persona titular de la llibreta o del compte corrent

Diligència de conformitat de l'entitat financera

Les dades anteriors coincideixen amb les existents en aquesta oficina

El/la director/a

VI. Declaració econòmica de la persona gran sol·licitant

Número de la targeta sanitària ¹ _ _ _ _ / _ / _ _ _ _ _ / _ _ / _	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	

Declaro de forma individual:

1. Que tinc al meu càrrec les persones següents: Nre. _____

Cognoms i nom	Relació	Data de naixement	Disminució	Gaudeix d'un servei
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(*) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(*) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(*) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(*) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

(*) En cas de resposta afirmativa especifiqueu la tipologia, si és de la Generalitat de Catalunya i l'aportació econòmica.

..... Tipologia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Generalitat de Catalunya aportació econòmica'- €
..... Tipologia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Generalitat de Catalunya aportació econòmica'- €

2. Que tinc els ingressos nets (especifiqueu el tipus i/o la procedència i la quantitat anual)

Tipus (pensions, prestacions econòmiques públiques i privades, retribucions dineràries, etc.)	Procedència	Quantitat anual / €

Declaro que <input type="checkbox"/> existeix una resolució judicial que fixa una pensió alimentària a favor meu, que <input type="checkbox"/> vull aplicar-la a cobrir el preu del servei i que aquesta consisteix en - € mensuals pagats per	<input type="checkbox"/> no existeix <input type="checkbox"/> no vull
--	---

3. Que posseeixo els béns immobles següents (especifiqueu la descripció del bé, domicili, valor cadastral i rendiments nets)

Bé (descripció)	Lloc on es troba (domicili)	Valor cadastral	Rendiments nets / €

Que tinc, pel que fa al meu habitatge habitual, el domicili a,
i en règim de les despeses fixes següents:

Tipus (hipoteca, lloguer, IBI)	Total anual / €

4. Que tinc ingressades en entitats financeres les quantitats següents (especifiqueu l'entitat, el tipus i els rendiments nets)

Tipus (interessos de comptes, dipòsits, altres rendiments)	Entitat	Rendiments nets / €

5. Que posseeixo els béns mobles següents (especifiqueu la descripció del bé, el valor patrimonial i els rendiments nets)

Bé (descripció)	Valor patrimonial	Rendiments nets / €

6. Que he / no he realitzat actes de disposició de béns patrimonials en els últims cinc anys (per exemple donacions).
Beneficiaris d'aquests actes

Béns immobles

Bé (descripció)	Lloc en què es troba (domicili)	Valor cadastral	Rendiments nets / €

Béns mobles

Bé (descripció)	Valor patrimonial	Rendiments nets / €

..... d de

Signatura de la persona sol·licitant

VII. Declaració econòmica del cònjuge de la persona gran sol·licitant o persona vinculada amb anàloga relació estable de convivència

Número de la targeta sanitària ¹ ____/____/____/____/____	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	

Declaro de forma individual:

1. Que tinc al meu càrrec les persones següents: Nre. _____

Cognoms i nom	Relació	Data de naixement	Disminució
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2. Que tinc els ingressos nets (especifiqueu-ne el tipus i/o la procedència i la quantitat anual)

Tipus (pensions, prestacions econòmiques públiques i privades, retribucions dineràries, aliments, etc.)	Procedència	Quantitat anual / €

3. Que posseeixo els béns immobles següents (especifiqueu-ne la descripció del bé, el domicili, el valor cadastral i els rendiments nets)

Bé (descripció)	Lloc en què es troba (domicili)	Valor cadastral	Rendiments nets / €

4. Que tinc ingressades en entitats financeres les quantitats següents (especifiqueu entitat, tipus i rendiments nets)

Tipus (interessos de comptes, dipòsits, altres rendiments)	Entitat	Rendiments nets / €

5. Que posseeixo els béns mobles següents (especifiqueu-ne la descripció de bé, el valor patrimonial i els rendiments nets)

Bé (descripció)	Valor patrimonial	Rendiments nets / €

Consenteixo que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, dipositària de les meves dades personals, les cedeixi al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que es reuneixen les condicions requerides per a l'accés a la prestació que se sol·licita.

Si no voleu donar aquesta autorització senyaleu la casella .

..... d de Signat

VIII. Declaració econòmica del/de la fill/filla de la persona gran sol·licitant

(s'hauran d'emplenar tantes declaracions com fills de la persona gran hi hagi)

Dades d'identificació del/de la fill/filla de la persona gran sol·licitant

Número de la targeta sanitària ¹ ____/____/____/____/____	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	
Data de naixement		Lloc de naixement	

Adreça

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)		Nom de la via			
	Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Població		Província		
Telèfon fix	Telèfon mòbil		Adreça electrònica		

Declaro de forma individual:

1. Que tinc al meu càrrec les persones següents: Nre. _____

Cognoms i nom	Relació	Data de naixement	Disminució
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2. Que el meu cònjuge té / no té ingressos propis.

Indiqueu quants ingressos anuals

3. Que tinc els ingressos nets (especifiqueu-ne el tipus i/o la procedència i la quantitat anual)

Tipus (pensions, prestacions econòmiques públiques i privades, retribucions dineràries, etc.)	Procedència	Quantitat anual / €

IX. Demanda preferent de la persona sol·licitant (Servei desitjat)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centres residencials | <input type="checkbox"/> Habitatges tutelats |
| <input type="checkbox"/> Centres de dia | <input type="checkbox"/> Estadets temporals: <input type="checkbox"/> Centres residencials |
| <input type="checkbox"/> Suport econòmic | <input type="checkbox"/> Centres de dia |

Establiment que escolliu perquè us sigui prestat el servei

.....

.....

.....

DECLARO

1. Que són certes totes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'acompanya.
2. Que tinc l'obligació de comunicar a l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials qualsevol variació que pugués produir-se d'ara endavant.
3. Que em comprometo a aportar els documents que calgui i queestic assabentat/ada que la falsedat o l'ocultació de dades podria ser motiu de cancel·lació o deixar sense efecte la meva sol·licitud o l'atorgament del servei o programa, sens perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.
4. Que declaro haver aportat al Departament de Benestar i Família en anteriors exercicis la documentació següent amb el detall que s'especifica, sense haver transcorregut més de cinc anys ni haver-se produït cap modificació en el seu contingut.

Relació de documentació	Any de presentació	Expedient per al qual es va aportar el document
-
-
-
-

5. Queestic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.
6. Que autoritzo facilitar les dades a l'entitat prestadora del servei que se m'assigni.
7. Que consenteixo que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, dipositària de les meves dades personals, les cedeixi al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que reuneixo les condicions requerides per a l'accés a la prestació que sol·licito.

Si no voleu donar aquesta autorització senyaleu la casella .

Població	Data	
.....	
Signatura de la persona sol·licitant	Signatura de la persona de referència	Signatura del/de la representant legal

Manifestació de la causa de no poder signar

.....

Documents que cal adjuntar a la sol·licitud

Dades personals i administratives

- Fotocòpies del DNI/NIF de la persona gran sol·licitant, cònjuge o persona vinculada amb anàloga relació de convivència afectiva, i dels/de les fills/filles del sol·licitant.
- Resolució judicial que acrediti la representació legal en el cas d'incapacitació.
- Certificat o justificant d'empadronament.

Dades econòmiques de la persona gran sol·licitant

- Fotocòpia de l'última declaració de la renda de les persones físiques.
- Certificat o justificant d'ingressos, prestacions econòmiques públiques o privades i retribucions en diners.
- Si no es fa la declaració de l'IRPF.
 - Certificat o justificant d'ingressos, prestacions econòmiques públiques o privades i retribucions en diners.
 - Certificat o justificant de rendiments nets de les quanties ingressades (interessos) en entitats financeres.
 - Certificat o justificant de rendiments nets obtinguts d'activitats artístiques, professionals i comercials.
 - Certificat o justificant de rendiments nets del capital immobiliari i mobiliari.
- Fotocòpia de la resolució judicial d'aliments, si escau.
- Fotocòpia de l'últim rebut del lloguer i de l'IBI justificatiu de les despeses fixes de l'habitatge habitual.

Dades econòmiques del cònjuge o persona vinculada amb anàloga relació estable de convivència i els/les fills/filles

(Nota: aquesta documentació no s'ha d'aportar en els casos de centre de dia o estada temporal.)

- Fotocòpia de l'última declaració de la renda de les persones físiques.
 - Certificat o justificant d'ingressos, prestacions econòmiques públiques o privades i retribucions en diners.
 - Si no es fa la declaració de l'IRPF.
 - Certificat o justificant d'ingressos, prestacions econòmiques públiques o privades i retribucions en diners.
 - Certificat o justificant de rendiments nets de les quanties ingressades (interessos) en entitats financeres.
 - Certificat o justificant de rendiments nets obtinguts d'activitats artístiques, professionals i comercials.
 - Certificat o justificant de rendiments nets del capital immobiliari i mobiliari.
 - Fotocòpia de l'últim rebut del lloguer i de l'IBI justificatiu de les despeses fixes de l'habitatge habitual.
-

Comunicació del Departament de Benestar i Família a la persona que inicia el procediment (o sol·licitant):

1. En aplicació de l'article 5.2 de la Llei 15/1999, de 13 desembre, de protecció de dades de caràcter personal, el Departament de Benestar i Família informa del següent:

- Les dades de caràcter personal que s'han de facilitar per a l'obtenció de l'objecte d'aquesta sol·licitud, s'inclouen en el fitxer d'Assignació de recursos públics. La finalitat de la recollida de les dades és la gestió d'aquesta sol·licitud i la destinatària de la informació és la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.
- Existeix la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades que se subministren, adreçant-se a la persona titular de la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, plaça de Pau Vila, 1, Barcelona.

2. El termini màxim de resolució i notificació és de 6 mesos a partir de la data en què la sol·licitud hagi tingut entrada a qualsevol dels registres del Departament de Benestar i Família i el sentit del silenci administratiu és desestimatori.

3. Aquests ajuts se sotmetran al règim fiscal vigent en el moment del seu atorgament.



Aspectes socials

Nom _____ Primer cognom _____ Segon cognom _____

1. Habitatge

<input type="checkbox"/> 1.1.	L'habitatge presenta unes condicions de solidesa i salubritat adequades i disposa d'unes instal·lacions i uns equipaments acceptables per desenvolupar les activitats pròpies de la vida domiciliària.
<input type="checkbox"/> 1.2.	L'habitatge presenta unes condicions de solidesa i salubritat acceptables per a l'habitabilitat, tot i que li manquen instal·lacions i equipaments adequats, sense perjudici de poder desenvolupar les activitats pròpies de la vida domiciliària d'una forma correcta.
<input type="checkbox"/> 1.3.	L'habitatge presenta unes condicions de solidesa i salubritat que dificulten l'habitabilitat per manca d'instal·lacions o equipaments necessaris per desenvolupar correctament les activitats pròpies de la vida domèstica.
<input type="checkbox"/> 1.4.	L'habitatge presenta unes condicions de solidesa i salubritat inacceptables per a l'habitabilitat. Li manquen instal·lacions i equipaments.
<input type="checkbox"/> 1.5.	Manca d'habitatge per viure.

1.A. Mancances

Especifiqueu les necessitats en cas de mancances (no són excloents)

A	<input type="checkbox"/> a	Adaptacions interiors necessàries
	<input type="checkbox"/> b	Adaptacions necessàries per facilitar l'accessibilitat a l'exterior
	<input type="checkbox"/> c	Equipaments necessaris
	<input type="checkbox"/> d	Estris domèstics necessaris
	<input type="checkbox"/> e	Manca d'higiene

1.B Habitatge habitual

B	<input type="checkbox"/> a	Propietat del / de la sol·licitant
	<input type="checkbox"/> b	Propietat d'un membre de la família. De qui
	<input type="checkbox"/> c	Habitatge cedit en ús
	<input type="checkbox"/> d	Lloguer
	<input type="checkbox"/> e	Rellogat
	<input type="checkbox"/> f	Pis tutelat
	<input type="checkbox"/> g	Pensió/ hotel

2. Accessibilitat als serveis de la comunitat

<input type="checkbox"/> 2.1.	L'emplaçament de l'habitatge i les circumstàncies del seu entorn faciliten plenament l'obtenció dels serveis bàsics i assistencials de la comunitat i domiciliaris.
<input type="checkbox"/> 2.2.	L'emplaçament de l'habitatge i les circumstàncies del seu entorn permeten l'obtenció dels serveis bàsics de la comunitat i els serveis domiciliaris tant assistencials com bàsics i dificulten l'obtenció dels serveis assistencials de la comunitat.
<input type="checkbox"/> 2.3.	L'emplaçament de l'habitatge i les circumstàncies del seu entorn permeten l'obtenció dels serveis bàsics i assistencials a domicili i dificulten l'obtenció dels serveis bàsics i assistencials de la comunitat.
<input type="checkbox"/> 2.4.	L'emplaçament de l'habitatge i les circumstàncies del seu entorn dificulten l'obtenció dels serveis bàsics i assistencials, tant de la comunitat com els domiciliaris.

3. Nucli de convivència i nivells de relació (els nuclis no són excloents)

<input type="checkbox"/> 3A	La persona gran viu sola .	<input type="checkbox"/> 3E	La persona gran viu amb familiars llunyans .
<input type="checkbox"/> 3B	La persona gran viu en parella .	<input type="checkbox"/> 3F	La persona gran viu amb amics .
<input type="checkbox"/> 3C	La persona gran viu amb familiars de primer grau .	<input type="checkbox"/> 3G	La persona gran viu amb altres .
<input type="checkbox"/> 3D	La persona gran viu amb familiars de segon grau .		

Nivells de relació (no són excloents i s'han de relacionar amb els nuclis de convivència)

<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 3.1.	Relació satisfactòria .
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 3.2.	Relació acceptable .
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 3.3.	Relació insatisfactòria .
<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 3.4.	Relació insatisfactòria amb maltractaments físics.
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> 3.5.	Relació insatisfactòria amb maltractaments psicològics.
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> 3.6.	Relació insatisfactòria amb maltractaments per descurança.

Independentment del nucli de convivència:

<input type="checkbox"/> 3.7.	té bona relació amb l'entorn
<input type="checkbox"/> 3.8.	té manca d'integració social

Genograma

<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 3.1.	Relació satisfactòria .
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 3.2.	Relació acceptable .
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 3.3.	Relació insatisfactòria .
<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 3.4.	Relació insatisfactòria amb maltractaments físics.
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> 3.5.	Relació insatisfactòria amb maltractaments psicològics.
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> 3.6.	Relació insatisfactòria amb maltractaments per descurança.

4. Suport social i familiar

<input type="checkbox"/> 4.1	Els qui vetllen la persona gran tenen disponibilitat per cobrir les atencions que necessita a qualsevol hora .
<input type="checkbox"/> 4.2	Els qui vetllen la persona gran tenen disponibilitat per cobrir les atencions que necessita les nits i els caps de setmana .
<input type="checkbox"/> 4.3	Els qui vetllen la persona gran tenen disponibilitat per cobrir les atencions que necessita la persona gran amb ajudes concretes i de curta durada, amb una periodicitat diària .
<input type="checkbox"/> 4.4	Els qui vetllen la persona gran tenen disponibilitat per cobrir les atencions que necessita la persona gran amb ajudes concretes i de curta durada, amb intervals de dos o tres dies .
<input type="checkbox"/> 4.5	Els qui vetllen la persona gran tenen disponibilitat per cobrir les atencions que necessita la persona gran amb ajudes de periodicitat setmanal .
<input type="checkbox"/> 4.6	No pot comptar amb cap tipus d'ajuda de familiars o del cercle relacional.

4. Suport social i familiar. Informacions complementàries (algunes categories no són excloents entre si)

<input type="checkbox"/> 4A	Es responsabilitzen dels desplaçaments diaris a un centre de dia.
<input type="checkbox"/> 4B	Es responsabilitzen dels desplaçaments ocasionals o d'ajudes puntuals setmanals o quinzenals.
<input type="checkbox"/> 4C	No poden assumir l'esforç físic que es requereix per tenir-ne cura.
<input type="checkbox"/> 4D	Es troba en una situació d'esgotament emocional per estrès continuat.
<input type="checkbox"/> 4E	El suport implica l'acolliment en el domicili del/de la vetllador/a.

L'ajuda dispensada és:

<input type="checkbox"/> 4F	Durant el matí
<input type="checkbox"/> 4G	Al migdia
<input type="checkbox"/> 4H	A la tarda/al vespre
<input type="checkbox"/> 4I	Les atencions que necessita la persona gran són dispensades per

5. Activitats instrumentals de la vida diària (AVD)

Puntuació total:

5A Capacitat per utilitzar el telèfon

- 1 El / la sol·licitant utilitza el telèfon a iniciativa pròpia. Contesta el telèfon sense marcar. Marca uns quants números força coneguts.
- 0 No utilitza gens el telèfon.

5B Anar a comprar

- 1 Fa totes les compres necessàries amb independència. Compra petites coses. Hi ha d'anar acompanyat / ada.
- 0 És incapaç de fer cap compra.

5C Preparació dels àpats

- 1 Organitza, prepara i serveix els menjars adequats amb independència.
- 0 Prepara els menjars adequats si se li donen els ingredients. Els escalfa, serveix i els prepara però no manté una dieta adequada. Necessita que se li prepari i se li serveixi el menjar.

5D Tenir cura de la casa

- 1 Té cura de la casa per si mateix/a o amb ajuda ocasional. Fa feines domèstiques lleugeres com fregar els plats o fer els llits, encara que no mantingui un nivell de neteja acceptable.
- 0 Ajuda en totes les feines de la casa. No participa en cap tasca domèstica.

5E Rentada de la roba

- 1 Fa completament la rentada de la roba o solament de les peces petites.
- 0 Necessita una altra persona que s'ocupi de tota la rentada.

5F Ús del transport

- 1 Viatja amb independència en transport públic o condueix el cotxe propi. És capaç de traslladar-se utilitzant un taxi, però no fa servir cap altre transport públic.
- 0 Viatja acompanyat / ada d'una altra persona o no viatja gens.

5G Responsabilitat sobre la medicació

- 1 És responsable en l'ús de la medicació en les dosis correctes i en les hores assenyalades.
- 0 Se li ha de preparar la medicació perquè se la prengui. No és capaç de responsabilitzar-se'n.

5H Capacitat per utilitzar els diners

- 1 S'administra amb independència el pressupost. Necessita ajuda per fer gestions al banc o despeses importants.
- 0 Incapaç d'utilitzar els diners.

Diagnòstic social i altres dades d'interès

Poseu la informació que sigui d'interès i no hagi estat objecte d'atenció en aquesta valoració

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Servei que proposa el/la treballador/a social / Servei que assignaria per anàlisi de perfils

Assenyalau amb un **1** el servei que proposa el/la treballador/a social i amb un **2** el servei que assignaria per anàlisi de perfils.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Centres residencials | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Centres de dia | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estades temporals en: | <input type="checkbox"/> centres residencials |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Habitatges tutelats | <input type="checkbox"/> centres de dia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suport econòmic | |
-

Valoració de la necessitat de les persones beneficiàries d'utilització de transport adaptat

El/la senyor/senyora,
amb DNI núm., necessita utilitzar transport adaptat per assistir a un centre de dia per a gent gran:

- Sí.*
 No.

(* Atès que es tracta d'una persona amb greus problemes de mobilitat que justifiquen la necessitat d'utilització de transport adaptat (vehicle dotat de mitjans tècnics específics que permeten l'accessibilitat o taxis, quan hagin de substituir aquest tipus de transport).

Dades d'identificació del/de la treballador/a social

Informe social emès per
Col·legiat/ada núm. de
Dependència / Servei: Telèfon
Municipi Codi postal

Signatura

....., d de



Núm. d'expedient Any

Nom

Primer cognom

Segon cognom

Aspectes de salut

1. Diagnòstics de malalties

Indiqueu solament la presència de malalties associades amb l'estat **ACTUAL** del/de la beneficiari/ària pel que fa a les activitats de la vida diària (AVD): estat cognitiu, estat de comportament, tractaments mèdics i/o risc de mort. **NO TINGUEU EN COMPTE** els diagnòstics antics o inactius que hagin estat resoltos o no afectin ja la capacitat funcional del beneficiari / ària o el pla de cures.

1.A. Circulació

- A.1. Insuficiència cardíaca
- A.2. Cardiopatia isquèmica
- A.3. Alteracions del ritme cardíac
- A.4. Hipertensió arterial
- A.5. Multiinfart cerebral
- A.6. AVC
- A.7. TIA
- A.8. Arteriopaties perifèriques
- A.9. Trastorns venosos perifèrics

1.B. Neurològic

- B.1. Malaltia d'Alzheimer
- B.2. Altres demències
- B.3. Esclerosi múltiple
- B.4. Malaltia de Parkinson

1.C. Pulmonar

- C.1. Bronquitis crònica
- C.2. Asma
- C.3. Enfisema
- C.4. Bronquièctasi

1.D. Osteoarticular i teixit conjuntiu

- D.1. Osteoporosi
- D.2. Artrosi
- D.3. Espondilosi i trastorns afins.
- D.4. Artritis reumatoide
- D.5. Fractura epifisial proximal al fèmur

1.E. Psiquiàtric / estat d'ànim

- E.1. Depressió
- E.2. Esquizofrènia
- E.3. Psicosi maniacodepressiva
- E.4. Trastorns neuròtics

1.F. Altres

- F.1. Diabetis
- F.2. Hepatitis vírica
- F.3. Altres malalties hepatovesiculars
- F.4. Hipertiroidisme
- F.5. Hipotiroidisme
- F.6. Dislipèmia
- F.7. Anèmia
- F.8. Insuficiència renal crònica

- F.9. Hiperplàsia de pròstata
- F.10. Hèrnia de hiatus
- F.11. Úlcera gàstrica
- F.12. Cataractes
- F.13. Glaucoma
- F.14. Enolisme crònic
- F.15. Infecció per VIH

G. Cap de les anteriors (indiqueu els diagnòstics en majúscules)

- G.1.
- G.2.
- G.3.
- G.4.
- G.5.
- G.6.
- G.7.
- G.8.

2. Estabilitat de l'estat de salut

- 2.A. L'estat de salut de la persona gran és estable en relació amb totes les malalties i intervencions enumerades o no té cap malaltia.
- 2.B. L'estat de salut de la persona gran, malgrat complir correctament les prescripcions terapèutiques, no està estabilitzat en relació amb els signes i els símptomes de totes les malalties o intervencions enumerades. **(NO S'HA DE TENIR EN COMPTE L'EVOLUCIÓ NATURAL DE LES MALALTIES PROGRESSIVES.)** Indiqueu quines no estan estabilitzades

3. Intervencions terapèutiques

3.A. Medicació (indiqueu la medicació actual, via d'administració i dosi)

.....
.....
.....
.....
.....

3.B. Necessita una dieta específica. Quina:

.....
.....

3.C. Se li ha de practicar algun tipus de CURA i pot ser realitzada per algun familiar o una altra persona prèviament instruïda.

3.D. Se li ha de practicar algun tipus de tècnica sanitària (ex.: injectables, cures, etc.) que ha de fer un professional.

3.D.1. Se li ha de practicar una tècnica sanitària diverses vegades al dia?

No

Sí Quina?

3.D.2. Se li ha de practicar diferents tècniques sanitàries al dia?

No

Sí Quines?

.....
.....

3.E. Presenta malalties o processos rehabilitables per mitjà de fisioteràpia o teràpia ocupacional, de menys de 9 mesos d'evolució? **NO CONSIDEREU LES ACTUACIONS PREVENTIVES NI LES DE MANTENIMENT.**

Sí No

3.F. Necessitats de cures

F.1. Úlcères per pressió

F.2. Úlcères vasculars

F.3. Ferides quirúrgiques

F.4. Cremades

F.5. Altres lesions de la pell. Indiqueu quines:

F.6. Administració medicamentosa parenteral. Indiqueu quina:

F.7. Altres necessitats de cures. Indiqueu quines:

4. Problemes de salut

4.A. Caigudes repetides (en els últims 30 dies).

4.B. Pèrdua de pes superior al 10% en els últims 6 mesos.

4.C. Obesitat

4.D. Al·lèrgia. Especifiqueu a què

4.E. Dispnea en repòs

4.F. Vertigen

4.G. Agitació psicomotora

4.H. Alteració del ritme del son

4.I. Dolor agut (en els últims 30 dies)

4.J. Dolor osteoarticular crònic.

4.k. Altres àlgies. Especifiqueu quines:

4.L. Dèficit visual

4.M. Dèficit auditiu

4.N. Hemiparèsia / hemiplègia

4.O. Incontinència urinària

4.P. Incontinència anal

4.R. Altres problemes. Especifiqueu quins:

.....
.....

Aspectes d'autonomia personal

Notes:

1. Els conceptes de **VIGILÀNCIA, AJUDA I/O SUPLÈNCIA** es refereixen a la necessitat que hi sigui present una tercera persona.
2. **ALIMENTAR-SE** es refereix a l'acció de menjar i no a la preparació dels aliments.
3. **LA TOALETA** fa referència a la higiene per parts, rentar-se les mans i la cara, pentinar-se, etc. (no comprèn la dutxa o el bany).
4. **LES TRANSFERÈNCIES** es refereixen a l'acció del canvi de lloc de la persona gran. Per exemple, passar del llit a la cadira, al vàter, etc.
5. **LA DEAMBULACIÓ** (considerada sempre dins l'habitatge) és autònoma encara que li calguin ajudes mecàniques (cadira de rodes, bastons, etc.) si no requereix una tercera persona.
6. **EN EL CONTROL D'ELIMINACIÓ**, les persones portadores de sonda urinària o col·lector (urinari o fecal) es consideraran autònomes. En la resta es valorarà el grau d'ajut que necessita.

1. Activitats bàsiques de la vida diària (AVD). Indiqueu una casella a cadascuna de les activitats

Alimentar-se	Punts <input type="text"/>	Vestir-se	Punts <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> és autònom/a	0	<input type="checkbox"/> és autònom/a	0
<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5	<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5
<input type="checkbox"/> li cal ajuda	10	<input type="checkbox"/> li cal ajuda	10
<input type="checkbox"/> li han de donar	20	<input type="checkbox"/> l'han de vestir	20
Fer-se la toaleta	Punts <input type="text"/>	Fer transferències	Punts <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> és autònom/a	0	<input type="checkbox"/> és autònom/a	0
<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5	<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5
<input type="checkbox"/> li cal ajuda	10	<input type="checkbox"/> li cal ajuda	10
<input type="checkbox"/> li han de fer	20	<input type="checkbox"/> li han de fer	20
Deambular	Punts <input type="text"/>	Control d'eliminació	Punts <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> és autònom/a	0	<input type="checkbox"/> és autònom/a	0
<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5	<input type="checkbox"/> li cal vigilància	0
<input type="checkbox"/> li cal ajuda	5	<input type="checkbox"/> li cal ajuda	5
<input type="checkbox"/> li han de fer	10	<input type="checkbox"/> incontinent total	10

Puntuació total: punts

2. Avaluació cognitiva

Test d'avaluació cognitiva

- Marqueu amb 1 la resposta acceptable i amb 0 la no acceptable:

1. Quina data és avui? 0 1
2. Quin dia de la setmana? 0 1
3. En quin lloc us trobeu? 0 1
4. Digueu-me el número de telèfon (o l'adreça, si no en teniu). 0 1
5. Digueu-me l'edat. 0 1
6. Quina és la vostra data de naixement? 0 1
7. Digueu el nom del president del Govern actual. 0 1
8. Quin és el nom del president anterior? 0 1
9. Digueu els dos cognoms de la vostra mare. 0 1
10. Resteu 3 de 20 i continueu restant 3 de cada número resultant fins a acabar. 0 1

Puntuació total: punts

3. Atencions especials

- 3.A. És portador/a de sonda vesical.
 - 3.B. És portador/a de col·lector extern d'orina.
 - 3.C. És portador/a de sonda nasogàstrica.
 - 3.D. És portador/a de col·lector per ostomia. Quina
 - 3.E. Utilitza bolquers.
 - 3.F. Té tractament amb oxigen.
 - 3.G. No és autònom/a per pujar i baixar escales.
 - 3.H. Usa la cadira de rodes de forma autònoma.
 - 3.I. Necessita sempre la cadira de rodes.
 - 3.J. És portador/a de pròtesi externa d'extremitats superiors.
 - 3.K. És portador/a de pròtesi externa d'extremitats inferiors.
 - 3.L. És portador/a de pròtesi dental.
 - 3.M. És portador/a de pròtesi ocular.
 - 3.N. És portador/a de pròtesi interna. Quines:
.....
 - 3.O. És portador/a d'ortesi. Quines:
.....
-

Informació complementària sobre l'estat de salut

Poseu tota aquella informació referent a l'estat de salut que cregueu que sigui d'interès i no hagi estat objecte d'atenció en aquest qüestionari.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Identificació dels professionals de salut

Informe emès pel metge/essa

Col·legiat/ada núm. d

Informe emès pel fisioterapeuta o infermer/a

Col·legiat/ada núm. d

Que presten els seus serveis a:

Dependència / servei Telèfon

Municipi Codi postal

Signatura
Metge/essa

Signatura
Infermer/a-Fisioterapeuta

....., d de



**Protocol de coordinació vers les àrees
 bàsiques de serveis socials**

....., treballador/a social, amb el
(Nom i cognoms)
 número de col·legiat/ada, que presto els meus serveis a
, telèfon, fax
 carrer, número
 municipi, districte

INFORMO

Que s'ha realitzat el procés d'estudi, diagnòstic i intervenció dels aspectes socials que conté la sol·licitud de serveis socials d'atenció a la gent gran de l'ICASS corresponent al senyor/a la senyora
(Nom i cognoms)
, amb el NIF, domiciliat/ada al municipi de
, carrer
 número, telèfon

- i s'aporten les dades que ha formalitzat l'equip sanitari del Servei Català de la Salut,
- no s'aporten

TRAMETO

a l'àrea bàsica de serveis socials d
 número, municipi
 districte

La **PROPOSTA** del/s servei/s següent/s:

..... d..... de

Signatura del/de la treballador/a social



Revisió de la sol·licitud de serveis socials d'atenció a la gent gran de l'ICASS

....., treballador/a social, amb número
(Nom i cognoms)
 de col·legiat/ada, que presto els meus serveis a
, telèfon, fax,
 carrer, número,
 municipi, districte

INFORMO

Que s'ha realitzat el procés de seguiment de la situació del/de la senyor/senyora
, amb el NIF
 domiciliat/ada al municipi de
 carrer, número, telèfon

COMUNICO

Que s'han produït canvis que s'acrediten mitjançant la documentació que s'adjunta:

- administratius
- socials
- de salut
- baixa (especifiqueu el motiu i la data)
- defunció
- renúncia
- altres

Per això,

PROPOSO

- El mateix servei
 - El servei següent:
- d....., de

SOL·LICITO

Que s'incorpori la documentació a l'expedient i que sigui revisada, si escau.

Signatura del/de la treballador/a social

Signatura de la persona gran sol·licitant o representant

CONSENTEIXO que l'Agència Estatal d'Administració Tributària, dipositària de les meves dades personals, les cedeixi al Departament de Benestar i Família, a l'efecte de poder comprovar que es reuneixen les condicions requerides per a l'accés a la prestació que sol·licito.

Si no voleu donar aquesta autorització senyaleu la casella .

Signatura de la persona gran sol·licitant o representant
