**ANEXO II**

**Sistema Riojano de autonomía personal**

**y atención a las personas en situación de dependencia**

**INFORME SOCIAL**

**Informe del Sistema Público de Servicios Sociales para la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia**

**39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en**

Informe que emite el/la Trabajador/a Social D/Dª

Servicio Social de Base de

Ayuntamiento de

**1. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
| D.N.I./N.I.E/Pasaporte | Fecha de nacimiento | Localidad de residencia |

**2. ANTECEDENTES SOCIALES**

|  |
| --- |
|  |

**3. DATOS DE CONVIVENCIA**

3.1.-Unidad de convivencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRE** | **RELACIÓN CON LA PERSONA INTERESADA** | **D.N.I./N.I.E./PASAPORTE** | **FECHA DE NACIMIENTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3.2.- Descripción de la unidad de convivencia

|  |
| --- |
| *(Relaciones, aptitudes y disponibilidad para el cuidado, etc.)* |

**4. RELACIÓN CON EL ENTORNO**

|  |
| --- |
| *(Descripción de las actividades de la vida diaria y de su integración en el entorno)* |

**5. CONDICIONES DE LA VIVIENDA**

|  |
| --- |
| 5.1. Habitabilidad (estado de conservación)   * Higiene de la vivienda  Bueno  Regular Malo * Ventilación  Bueno  Regular Malo * Iluminación  Bueno  Regular Malo * Humedad  SÍ  NO |
| 5.2 Equipamiento  Dispone de todos los equipamientos básicos  Carece de algún equipamiento básico Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Deficiente |
| 5.3 Accesibilidad   * Ubicación  Céntrica  Mal comunicada  Aislada * Barreras arquitectónicas  Sin B.A  B. eliminables  B. no eliminables * Ascensor  SÍ  NO |
| 5.4.- Otros datos de interés |

**6. DATOS ECONÓMICOS**

6.1.-Ingresos (trabajo, capital, actividades económicas y prestaciones públicas)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Empresa/Organismo** | **Cuantía anual** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *(En caso de Prestación Familiar por hijo a cargo indicar nombre, apellidos y D.N.I del perceptor)* | | |

6.2.-Otros datos de interés

|  |
| --- |
|  |

**7. RECURSOS O PRESTACIONES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES QUE PERCIBE LA PERSONA INTERESADA**

|  |
| --- |
| *(Detallar si es persona beneficiaria de teleasistencia, ayuda a domicilio, residencia, centro de día, etc.).* |

**8.-VALORACIÓN TÉCNICA**

|  |
| --- |
|  |

En ……………………………. a …….. de ……………….…….. de 20…….

EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL

Firmado: