



Núm. d'expedient

Any 2007

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"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra		
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Número de la Seguretat Social	
Data de naixement	Lloc de naixement	Nombre de fills/es	

Adreça

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)	Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Població			
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"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document - lletra		
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Número de la Seguretat Social	
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			
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
 de la persona representant legal
 de la fundació tutelar

Nom Primer cognom Segon cognom

Tipus d'identificació Número identificador del document - lletra

NIF NIE

Víncle amb la persona sol·licitant

Adreça a l'efecte de notificació (ompleneu-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

Telèfon fix Telèfon mòbil Adreça electrònica

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

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

pública privada

Municipi Des de quan en gaudiu Horari / distribució setmanal

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

pública privada

Municipi Des de quan en gaudiu Horari / distribució setmanal

V. Ompleneu-lo només en el cas de sol·licitar suport econòmic

(El/la titular del compte ha de ser necessàriament la persona sol·licitant o, en cas d'incapacitació, el/la representant legal)

Banc o caixa d'estalvis Agència número

Número de la llibreta o del compte corrent Entitat Agència Control Número del compte corrent o de la llibreta

Títular 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 El/la director/a de l'entitat bancària
Les dades anteriors coincideixen amb les existents en aquesta oficina.

Signat i segellat

VI. Declaració econòmica de la persona gran sol·licitant

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

Declaro de forma individual:

1. Que tinc al meu càrrec les persones (cònjuge o fills/es) següents: Nombre ____

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

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

Tipologia	Generalitat de Catalunya	8Aportació econòmica
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	€
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	€

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

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

Declaro que existeix una resolució judicial que fixa una pensió alimentària a favor meu i que no existeix

vull aplicar-la per cobrir el preu del servei.
 no vull

Aquesta consisteix en _____ € mensuals pagats per _____
Nom i cognoms

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

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

Que tinc, com a habitatge habitual, el domicili a

en règim de _____ i amb 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).

Persones beneficiàries d'aquests actes:

Béns immobles:

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

Béns mobles:

Bé (descripció)	Valor patrimonial	Rendiments nets / €

Població

Data

Signatura de la persona sol·licitant

VII. Declaració econòmica del cònjuge de la persona gran sol·licitant o persona vinculada amb una relació anàloga estable de convivència (si n'estan a càrrec)

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

Declaro de forma individual:

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

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

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 en diners, etc.)	Procedència	Quantitat anual / €

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

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

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-ne la descripció del bé, el valor patrimonial i els rendiments nets):

Bé (descripció)	Valor patrimonial	Rendiments nets / €

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins a l'extinció de l'ajut.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella .

Signatura de la persona declarant

VIII. Declaració econòmica del/de la fill/filla de la persona gran sol·licitant (si n'estan a càrrec)
(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 Número identificador del document – lletra

NIF NIE

Data de naixement

Adreça

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

Número Bloc Escala Pis Porta

Codi postal Població

Telèfon fix Telèfon mòbil Adreça electrònica

Declaro de forma individual:

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

Cognoms i nom	Relació	Data de naixement	Discapacitat
			<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

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) següents:

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

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

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

Que tinc, com a habitatge habitual, el domicili a

en règim de _____ i amb les despeses fixes següents:

Tipus (hipoteca, lloguer, IBI)	Rendiments nets / €

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

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

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

Bé (descripció)	Valor patrimonial	Rendiments nets / €

Autoritzo el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins a l'extinció de l'ajut.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella .

Signatura de la persona declarant

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

- Centres residencials
- Centres de dia
- Suport econòmic
- Habitatges tutelats
- Estades temporals:
- Centres residencials
- 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'hi adjunta.
2. Que tinc l'obligació de comunicar a l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.
3. Que em comprometo a aportar els documents que calgui i que estic assabentat/ada que la falsedat o 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 d'Acció Social i Ciutadania en exercicis anteriors la documentació següent amb el detall que s'especifica, sense que hagin transcorregut més de cinc anys ni s'hagi produït cap modificació en el seu contingut.

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

5. Que resideixo de forma efectiva a Catalunya
6. Que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.
7. Que autoritzo facilitar les dades a l'entitat prestadora del servei que se m'assigni.
8. Que **autoritzo** el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés a l'ajut sol·licitat i a revisar-les fins a l'extinció de l'ajut.

Si **no voleu** donar aquesta autorització senyaleu la casella .

Població	Data

Signatura de la persona sol·licitant	Signatura de la persona de referència	Signatura de la persona representant legal

Manifestació de la causa de no poder signar

Documents que cal adjuntar a la sol·licitud

Dades personals i administratives

- Fotocòpia del NIF/NIE de la persona sol·licitant.
 - Fotocòpia del NIF/NIE de cada una de les persones de la unitat familiar que estiguin al seu càrrec.
 - Original i fotocòpia o fotocòpia compulsada de l'acreditació de la persona que actua com a representant legal.
 - Volant d'empadronament de la persona sol·licitant, en cas que visqui sola.
 - Volant de convivència de la persona sol·licitant, en cas que tingui alguna persona de la unitat familiar al seu càrrec.
 - Informe social, adjunt a l'imprès de sol·licitud.
 - Informe mèdic, adjunt a l'imprès de sol·licitud.
-

Dades econòmiques de la persona sol·licitant

- Fotocòpia de la declaració de renda de les persones físiques de l'últim exercici disponible (1).
- Si no es disposa d'aquest document:
- Certificat o justificant d'ingressos i prestacions econòmiques públiques o privades i retribucions en diners de 2006.
 - Certificat o justificant de rendiments nets de les quanties ingressades (interessos) en entitats financeres el 2006.
 - Certificat o justificant de rendiments nets del capital immobiliari o mobiliari.
 - Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada de la resolució judicial d'aliments, si escau.
- Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada, de l'últim rebut de lloguer i de l'IBI justificatiu de les despeses fixes de l'habitatge habitual.
 - Fotocòpia, si escau, de la declaració de l'impost sobre el patrimoni.
-

Dades econòmiques de cada una de les persones de la unitat familiar de la persona sol·licitant que estan al seu càrrec

- Fotocòpia de la declaració de renda de les persones físiques de l'últim exercici disponible (1).
- Si no es disposa d'aquest document:
- Certificat o justificant d'ingressos i prestacions econòmiques públiques o privades i retribucions en diners de 2006.
 - Certificat o justificant de rendiments nets de les quanties ingressades (interessos) en entitats financeres el 2006.
 - Certificat o justificant de rendiments nets del capital immobiliari o mobiliari.
 - Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada de la resolució judicial d'aliments, si escau.
- Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada, de l'últim rebut de lloguer i de l'IBI justificatiu de les despeses fixes de l'habitatge habitual.
 - Fotocòpia, si escau, de la declaració de l'impost sobre el patrimoni.
-

(1) en cas d'haver autoritzat el Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes pertinents a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, no caldrà aportar aquesta documentació.

Comunicació del Departament a les persones sol·licitants

1. En aplicació de l'article 5.2 de la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, el Departament d'Acció Social i Ciutadania informa dels punts següents:

- 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 3 mesos a partir de la data de finalització del termini de presentació de sol·licituds, 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 hi manquen instal·lacions i equipaments adequats, sense perjudici de poder desenvolupar correctament les activitats pròpies de la vida domèstica.
<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. Hi 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 exclouents)

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 de la persona sol·licitant
	<input type="checkbox"/> b	Propietat d'un membre de la família. Quin:
	<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 en 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 dels seu entorn dificulten l'obtenció dels serveis bàsics i assistencials, tant els 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 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"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> 3.1.	Relació satisfactòria .
	<input type="checkbox"/> 3.2.	Relació acceptable .
	<input type="checkbox"/> 3.3.	Relació insatisfactòria .
	<input type="checkbox"/> 3.4.	Relació insatisfactòria amb maltractaments físics.
	<input type="checkbox"/> 3.5.	Relació insatisfactòria amb maltractaments psicològics
	<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

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

Genograma

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 elles)

<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	5E	Rentada de la roba
<input type="checkbox"/> 1	La persona sol·licitant utilitza el telèfon per iniciativa pròpia. Contesta el telèfon sense marcar. Marca uns quants números força coneguts.	<input type="checkbox"/> 1	Fa la rentada de la roba completa o solament de les peces petites.
<input type="checkbox"/> 0	No utilitza gens el telèfon.	<input type="checkbox"/> 0	Necessita una altra persona que s'ocupi de tota la rentada.
5B	Compra	5F	Ús del transport
<input type="checkbox"/> 1	Fa totes les compres necessàries amb independència. Compra coses petites. Hi ha d'anar acompanyat/ada.	<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 0	És incapaç de fer cap compra.	<input type="checkbox"/> 0	Viatja acompanyat/ada d'una altra persona o no viatja gens.
5C	Preparació dels àpats	5G	Responsabilitat sobre la medicació
<input type="checkbox"/> 1	Organitza, prepara i serveix els menjars adequats amb independència.	<input type="checkbox"/> 1	És responsable en l'ús de la medicació en les dosis correctes i en les hores assenyalades.
<input type="checkbox"/> 0	Prepara els menjars adequats si se li donen els ingredients. Els escalfa, els prepara i els serveix, però no manté una dieta adequada. Necessita que se li prepari i se li serveixi el menjar.	<input type="checkbox"/> 0	Se li ha de preparar la medicació perquè se la prengui. No és capaç de responsabilitzar-se'n.
5D	Cura de la casa	5H	Capacitat per utilitzar els diners
<input type="checkbox"/> 1	Té cura de la casa per si mateix/a o amb ajuda ocasional. Fa feines domèstiques lleugeres com rentar els plats o fer els llits, encara que no mantingui un nivell de neteja acceptable.	<input type="checkbox"/> 1	S'administra amb independència el pressupost. Necessita ajuda per fer gestions al banc o despeses importants.
<input type="checkbox"/> 0	Ajuda en totes les feines de la casa. No participa en cap tasca domèstica.	<input type="checkbox"/> 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 a l'anàlisi de perfils

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

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

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

El/la senyor/senyora _____, amb DNI número _____,

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 problemes de mobilitat greus que justifiquen la necessitat d'utilitzar 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 que emet l'informe social

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Col·legiat/ada número	Col·legiat/ada a	
Dependència / servei	Telèfon	
Municipi	Codi postal	
Població	Data	
Signatura del/de la treballador/a social	Segell del centre o entitat equivalent	



Aspectes de salut

Nom

Primer cognom

Segon cognom

1. Diagnòstics de malalties

Indiqueu solament la presència de malalties associades amb l'estat **ACTUAL** de la persona gran 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 resolts o ja no afectin la capacitat funcional de la persona gran 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. Emfisema
- 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. Hipertiroïdisme
- F.5. Hipotiroïdisme
- 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

1.G. Cap de les anteriors

- 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 han 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. Úlceres per pressió.
 F.2. Úlceres 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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 4.A. Caigudes repetides (en els últims 30 dies). | <input type="checkbox"/> 4.J. Dolor osteoarticular crònic. |
| <input type="checkbox"/> 4.B. Pèrdua de pes superior al 10% en els últims 6 mesos. | <input type="checkbox"/> 4.K. Altres àlgies. Especifiqueu quines: |
| <input type="checkbox"/> 4.C. Obesitat. | <input type="checkbox"/> 4.L. Dèficit visual. |
| <input type="checkbox"/> 4.D. Al·lèrgia. Especifiqueu a què: | <input type="checkbox"/> 4.M. Dèficit auditiu. |
| <input type="checkbox"/> 4.E. Dispnea en repòs. | <input type="checkbox"/> 4.N. Hemiparèsia / hemiplegia. |
| <input type="checkbox"/> 4.F. Vertigen. | <input type="checkbox"/> 4.O. Incontinència urinària. |
| <input type="checkbox"/> 4.G. Agitació psicomotora. | <input type="checkbox"/> 4.P. Incontinència anal. |
| <input type="checkbox"/> 4.H. Alteració del ritme del son. | <input type="checkbox"/> 4.Q. Altres problemes. Especifiqueu quins: |
| <input type="checkbox"/> 4.I. Dolor agut (en els últims 30 dies). | |

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.) i no requereixi 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

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

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. Quin?

- 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. Quina?

- 3.O. És portador/a d'ortesi. Quina?

Informació complementaria sobre l'estat de salut

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

.....

.....

.....

Dades d'identificació dels professionals que emeten l'informe de salut

En cas de ser metge/essa

Nom Primer cognom Segon cognom

Col·legiat/ada número Col·legiat/ada a

En cas de ser fisioterapeuta o infermer/a

Nom Primer cognom Segon cognom

Col·legiat/ada número Col·legiat/ada a

Que presten els seus serveis a:

Dependència / servei Telèfon

Municipi Codi postal

Població Data

Signatura del/de la metge/essa

Signatura del/de la infermer/a o fisioterapeuta



Protocol de coordinació en relació amb les àrees bàsiques de serveis socials

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

INFORMO:

Que s'ha portat a terme 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

amb el NIF,
Nom i cognoms
domiciliat/ada al municipi de,
carrer, número,
telèfon

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

TRAMETO:

A l'àrea bàsica de serveis socials,
número, municipi,
districte, la PROPOSTA del/s servei/s
següent/s:

Població

Data

Signatura del/de la treballador/a social

