

SOLICITUD DE RECURSO SOCIOSANITARIO

DATOS PERSONALES

| SOLICITANTE (1) | | | |
|---|--------------|---|---|
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| SEXO | ESTADO CIVIL | N.º DE DNI | N.º DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL |
| FECHA DE NACIMIENTO / / | | LOCALIDAD DE NACIMIENTO | PROVINCIA DE NACIMIENTO |
| DOMICILIO (Calle, plaza, número, bloque, escalera, piso, letra) | | | TELÉFONO |
| LOCALIDAD DEL DOMICILIO | | CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA DEL DOMICILIO |
| DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES (2) | | | |
| A) SOLICITANTE <input type="checkbox"/> | | B) PERSONA DE CONTACTO <input type="checkbox"/> | C) REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | RELACIÓN O PARENTESCO |
| DOMICILIO (Calle, plaza, número, bloque, escalera, piso, letra) | | | TELÉFONO |
| LOCALIDAD | | CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA |
| CÓNYUGE <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> | | | |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| FECHA DE NACIMIENTO / / | | LOCALIDAD DE NACIMIENTO | PROVINCIA DE NACIMIENTO |
| SEXO | ESTADO CIVIL | N.º DE DNI | N.º DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL |

DATOS ECONÓMICOS (4): PENSIONES

| | PROVINCIA | CLASE DE PENSIÓN | PROCEDENCIA | CUANTÍA MENSUAL | N.º PAGAS EXTR. AÑO |
|-------------|-----------|------------------|-------------|-----------------|---------------------|
| Solicitante | | | | | |
| Cónyuge | | | | | |
| Acompañante | | | | | |

OTROS INGRESOS DEL SOLICITANTE, CÓNYUGE O ACOMPAÑANTE (5)

| CONCEPTO | CUANTÍA MENSUAL |
|----------|-----------------|
| | |
| | |
| | |

Advertencia importante: Antes de rellenar este impreso, lea con detenimiento las instrucciones.

RECURSO SOCIO SANITARIO SOLICITADO (6)

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> (A) SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (S. A. D.) | | | |
| <input type="checkbox"/> (B) TELEASISTENCIA | | | |
| <input type="checkbox"/> (C) CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA | | | |
| Todos los de Cantabria <input type="checkbox"/> | 1.º | 2.º | 3.º |
| 4.º | 5.º | 6.º | 7.º |
| <input type="checkbox"/> (D) CENTRO DE ATENCIÓN DE 24 HORAS | | | |
| Todos los de Cantabria <input type="checkbox"/> | 1.º | 2.º | 3.º |
| 4.º | 5.º | 6.º | 7.º |
| <input type="checkbox"/> (E) OTROS | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NÚMERO DE PLAZAS SOLICITADAS (7)

| | | |
|----------|--------------------------|--|
| 1 PLAZA | <input type="checkbox"/> | En este caso, indicar parentesco o relación: |
| 2 PLAZAS | <input type="checkbox"/> | |

DECLARACIÓN (8)

Declaro ser ciertos los datos que anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación de mi expediente o de mi expulsión de la utilización del recurso, en el supuesto de haberme sido ya otorgado.

Autorizo a grabar mis datos en un programa informático.

En _____ a _____ de _____ de 200 ____

FIRMA

AUTORIZACIÓN DEL CÓNYUGE (9)

RELLENAR ESTE APARTADO EN CASO DE SOLICITAR PLAZA SOLO PARA UNO DE LOS CÓNYUGES

Yo, don/doña _____, con DNI n.º _____, expreso mi conformidad a los gastos que conlleva la utilización del recurso solicitado por parte de mi cónyuge.

Y para que conste, a sus efectos, ante la Dirección General de Servicios Sociales, firmo la presente declaración en el lugar y fecha consignados ante el funcionario que suscribe.

En _____ a _____ de _____ de 200 ____

ANTE MI, EL FUNCIONARIO FIRMA DEL CÓNYUGE

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | FECHA NACIMIENTO |
| | | | / / |
| ZONA BÁSICA DE SALUD | | UNIDAD BÁSICA DE ACCIÓN SOCIAL | |
| | | | |

VALORACIÓN

MÉDICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (proceso que desencadena la incapacidad motivo de la petición):

| ENFERMEDAD PRINCIPAL | ESTADO FUNCIONAL |
|--|--|
| Aguda sin secuelas. <input type="checkbox"/> Aguda con secuelas poco invalidantes. <input type="checkbox"/> Crónica evolutiva lenta. <input type="checkbox"/> Aguda con secuelas invalidantes. <input type="checkbox"/> Crónica con evolución rápida. <input type="checkbox"/> | Asintomático. <input type="checkbox"/> Clínica mínima (no afectación AVD). <input type="checkbox"/> Clínica severa (afectación AVD >50%). <input type="checkbox"/> Encamado >50%. <input type="checkbox"/> Encamado el 100% del tiempo. <input type="checkbox"/> |
| MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO | PATOLOGÍA ASOCIADA (actual) |
| 35-30 sin afectación cognitiva. <input type="checkbox"/> 30-20 discreta afectación cognitiva. <input type="checkbox"/> 20-10 moderada afectación cognitiva. <input type="checkbox"/> <10 grave afectación cognitiva. <input type="checkbox"/> | Obesidad > 35% del índice de masa corporal. <input type="checkbox"/> Poliartritis invalidante. <input type="checkbox"/> Déficit sensorial (auditivo, visual). <input type="checkbox"/> Accidente vascular cerebral. <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus. <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca. <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica-Úlceras presión. <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal. <input type="checkbox"/> Neoplasias. <input type="checkbox"/> |

SECUELAS:

ALERGIAS:

TRATAMIENTOS ACTUALES:

OBJETIVOS DE LA SOLICITUD:

OBSERVACIONES:

En _____ a _____ de _____ de 200 ____

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (Nombre y dos apellidos) _____

Centro de trabajo: _____ Número de Colegiado: _____

ENFERMERÍA

ÍNDICE DE BARTHEL

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|
| COMER | | VESTIRSE Y DESVESTIRSE | | BAÑO | | HIGIENE PERSONAL | | |
| Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | |
| Con ayuda. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda. | <input type="checkbox"/> | |
| Dependiente. | <input type="checkbox"/> | Dependiente. | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| CONTROL ANAL | | | CONTROL VESICAL | | | TRANSFERENCIA SILLA-CAMA | | |
| Ningún problema. | <input type="checkbox"/> | Ningún problema. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Ayuda mínima. | <input type="checkbox"/> | |
| Algún accidente. | <input type="checkbox"/> | Algún accidente. | <input type="checkbox"/> | Puede sentarse pero no trasladarse. | <input type="checkbox"/> | Dependiente. | <input type="checkbox"/> | |
| Incontinente. | <input type="checkbox"/> | Incontinente. | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| CAMINAR | | | SUBIR Y BAJAR ESCALERAS | | | USO DEL WC | | |
| Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda. | <input type="checkbox"/> | |
| Con ayuda. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda. | <input type="checkbox"/> | Dependiente. | <input type="checkbox"/> | |
| Autónomo con silla de ruedas. | <input type="checkbox"/> | No puede. | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Dependiente. | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|-----------------------------|----------------------------------|--|--|-----------------------------|
| SONDA NASOGÁSTRICA/PEG | | | No <input type="checkbox"/> | SONDA VESICAL | | | No <input type="checkbox"/> |
| | | | Sí <input type="checkbox"/> | | | | Sí <input type="checkbox"/> |
| OSTOMÍAS (Traqueo-Gastro-Colo-Nefro-Uro) | | | No <input type="checkbox"/> | COLECTOR URINARIO-PAÑALES | | | No <input type="checkbox"/> |
| | | | Sí <input type="checkbox"/> | | | | Sí <input type="checkbox"/> |
| SUERO | No <input type="checkbox"/> | ÚLCERAS POR PRESIÓN Y/O VASCULARES | | | | | Número |
| | Sí <input type="checkbox"/> | No hay úlceras. | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | Zona de enrojecimiento permanente de la piel (sin ruptura). No desaparece al retirar la presión. | | | | | |
| OXÍGENO | No <input type="checkbox"/> | Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que se presenta clínicamente como una abrasión, aparece un cráter poco profundo. | | | | | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | Pérdida total de la piel quedando expuestos los tejidos subcutáneos, presentándose como un cráter profundo con o sin tejido cicatricial adyacente. | | | | | |
| | | Pérdida total de piel y tejido subcutáneo exponiéndose músculo y/o hueso. | | | | | |

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| PUEDO UTILIZAR EL TELÉFONO | | CAPACIDAD PARA VIAJAR | | PUEDO IR DE COMPRAS | | |
| No lo utiliza. | <input type="checkbox"/> | No viaja. | <input type="checkbox"/> | No las realiza. | <input type="checkbox"/> | |
| Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | |
| Con ayuda o supervisión. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda o supervisión. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda o supervisión. | <input type="checkbox"/> | |
| Dependiente. | <input type="checkbox"/> | Dependiente. | <input type="checkbox"/> | Dependiente. | <input type="checkbox"/> | |
| PUEDO UTILIZAR DINERO | | PUEDO PREPARARSE LA COMIDA | | PUEDO HACER ACTIVIDADES DOMÉSTICAS | | |
| No lo utiliza. | <input type="checkbox"/> | No se la prepara. | <input type="checkbox"/> | No las hace. | <input type="checkbox"/> | |
| Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | Autónomo. | <input type="checkbox"/> | |
| Con ayuda o supervisión. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda o supervisión. | <input type="checkbox"/> | Con ayuda o supervisión. | <input type="checkbox"/> | |
| Dependiente. | <input type="checkbox"/> | Dependiente. | <input type="checkbox"/> | Dependiente. | <input type="checkbox"/> | |
| PUEDO TOMAR LA MEDICACIÓN | | | | | | |
| No la toma. | <input type="checkbox"/> | | | | Con ayuda o supervisión. | <input type="checkbox"/> |
| Autónomo. | <input type="checkbox"/> | | | | Dependiente. | <input type="checkbox"/> |

FUNCIONES SUPERIORES

| ORIENTACIÓN | | COMUNICACIÓN Y LENGUAJE | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Orientado. | <input type="checkbox"/> | Comunicación espontánea. | <input type="checkbox"/> |
| Ocasionalmente desorientado. | <input type="checkbox"/> | Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje. | <input type="checkbox"/> |
| Totalmente desorientado. | <input type="checkbox"/> | Afasia total. | <input type="checkbox"/> |
| COMPORTAMIENTO PSÍQUICO | | | |
| No presenta problemas de comportamiento. | | | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del comportamiento sin riesgo (existen trastornos leves del comportamiento). | | | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del comportamiento con riesgo (existen trastornos del comportamiento que pueden representar un riesgo, tanto para ellos mismos como para los demás por agresividad, agitación, peligro de huidas, intentos de autolisis, etc.). | | | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES:

En _____ a _____ de _____ de 200 ____

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (Nombre y dos apellidos) _____

Centro de trabajo: _____ Número de Colegiado: _____

SOCIAL

| SITUACIÓN FAMILIAR | CONVIVENCIA | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Pueden atenderlo. | <input type="checkbox"/> | Vive con la familia de forma estable. | <input type="checkbox"/> |
| Familia con capacidad limitada de apoyo. | <input type="checkbox"/> | Vive con familiares de 2º o 3º grado y/o otras personas sin parentesco. | <input type="checkbox"/> |
| Rechazo familiar. | <input type="checkbox"/> | Vive con otra/s persona/s dependiente/s. | <input type="checkbox"/> |
| No tiene familia directa. Claudicación familiar. | <input type="checkbox"/> | Vive con personas de edad superior a 75 años. | <input type="checkbox"/> |
| | | Vive solo pero tiene familiares directos que se hacen responsables. | <input type="checkbox"/> |
| | | Vive solo. | <input type="checkbox"/> |
| | | Vive con la familia pero cambia de domicilio cada cierto tiempo. | <input type="checkbox"/> |
| | | Vive en residencias provisionalmente. | <input type="checkbox"/> |

GENOGRAMA:

| GRADO DE RELACIÓN FAMILIAR | VIVIENDA | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Buena. | <input type="checkbox"/> | Dispone de buenas condiciones de habitabilidad y de confort. No existen barreras de acceso. | <input type="checkbox"/> |
| Aceptable. | <input type="checkbox"/> | Dispone de suficientes condiciones de habitabilidad, pero hay barreras arquitectónicas y/o falta de espacio en la vivienda. | <input type="checkbox"/> |
| Mala. Sin relación. | <input type="checkbox"/> | Existen barreras arquitectónicas de acceso a la vivienda. | <input type="checkbox"/> |
| Maltrato físico y/o psíquico. | <input type="checkbox"/> | Equipamientos generales de vivienda insuficientes. | <input type="checkbox"/> |
| | | Condiciones de habitabilidad e higiene que pueden comprometer la salud. | <input type="checkbox"/> |

| RECURSOS SOCIALES DE LA LOCALIDAD EN DONDE VIVE EL SOLICITANTE | | | ACCESIBILIDAD A LOS EQUIPAMIENTOS | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| RECURSOS | EXISTEN | DISFRUTA | | |
| Atención Domiciliaria. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proximidad. | <input type="checkbox"/> |
| Centro de Día. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poca distancia / acceso aceptable. | <input type="checkbox"/> |
| Comedores. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Distancia media / acceso con ciertas deficiencias. | <input type="checkbox"/> |
| Unidades de Respiro. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mucha distancia / vías de acceso deficientes. | <input type="checkbox"/> |
| Teleasistencia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Centro de 24 horas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

SITUACIÓN ECONÓMICA

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Ingresos de la unidad familiar por mes: | Renta per cápita mensual de la unidad familiar: | Gastos extraordinarios: |
|---|---|-------------------------|

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

| | |
|---|--------------------------|
| No precisa atención. Recibe SAD y es suficiente. Vive en residencia privada en condiciones adecuadas. | <input type="checkbox"/> |
| Alta a domicilio con apoyo de Atención Domiciliaria u otros recursos alternativos (Centro de Día, Hospital de Día). | <input type="checkbox"/> |
| Situación precaria en domicilio, pensión o residencia privada. Recursos sanitarios y sociales insuficientes. | <input type="checkbox"/> |
| No recibe SAD pero lo necesita. No puede ser alta a domicilio. Situación que no se puede mantener a domicilio. | <input type="checkbox"/> |

CUIDADOR/ES

| Edad | Nombre | Apellidos | Parentesco | Teléfono |
|------|--------|-----------|------------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

OBSERVACIONES:

VALORACIÓN SOCIAL:

En _____ a _____ de _____ de 200 ____

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (Nombre y dos apellidos) _____

Centro de trabajo: _____ Número de Colegiado: _____

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA SOLICITUD DE RECURSO SOCIOSANITARIO

- ESCRIBA CON CLARIDAD PARA EVITAR ERRORES DE INTERPRETACIÓN, A SER POSIBLE CON LETRAS MAYÚSCULAS O A MÁQUINA.
- CUANDO LA OPCIÓN O EL DATO PRESENTE UN SOLO TIENE QUE SELECCIONARLO CON UNA «X» EN SU INTERIOR.

DATOS A RELLENAR

(1) DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Rellenar todos los casilleros referidos a los datos del solicitante.

(2) DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES:

Este apartado sólo es necesario rellenarlo en aquellos casos en los que se desee recibir las notificaciones en una dirección distinta a la indicada como domicilio habitual del solicitante que se ha debido especificar en el apartado (1).

(3) DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O ACOMPAÑANTE:

Se rellenarán todos los datos requeridos en este apartado en el caso de personas casadas o en aquellos casos en los que se solicite un recurso para el solicitante y otra persona distinta al cónyuge, vinculada por relación legal o de parentesco.

(4) DATOS ECONÓMICOS:

- Pensiones del solicitante y cónyuge: Indicar cada pensión que se perciba, en cuantía (cantidad mensual); procedencia (Seguridad Social, Clases Pasivas, etc.), y tipo (jubilación, viudedad, incapacidad total, absoluta, etc.), así como señalar el número total de pagas extraordinarias al año.
- Pensiones del acompañante: En los supuestos en que el acompañante no sea el cónyuge, deberá cumplimentar este apartado en los mismos términos que se han señalado, en el apartado anterior, destinados al cónyuge.

(5) OTROS INGRESOS DEL SOLICITANTE Y CÓNYUGE O ACOMPAÑANTE:

Indicar aquellos ingresos distintos de la pensión provenientes de: Rentas de capital (libretas de ahorro, cuentas corrientes, imposiciones a plazo, etc.); Rentas de valores, Rentas de bienes inmuebles; Seguros privados, u otros, especificando su procedencia y cuantía mensual.

Justificación:

Estos ingresos deberán ser justificados explícitamente con los correspondientes justificantes bancarios. En los supuestos de rentas de capital, será preciso indicar la totalidad del capital, intereses devengados y su periodicidad. Si los ingresos son provenientes de acciones, reflejar los dividendos percibidos así como los períodos a los que correspondan (trimestral, semestral, anual).

(6) RECURSO SOCIOSANITARIO SOLICITADO:

En este apartado se deberá marcar el recurso o recursos solicitados.

En los casos de Centro de Día o Centro de Atención de 24 horas, se podrá indicar la preferencia, en orden del 1º al 7º, de entre cualquiera de los Centros dependientes de la Dirección General de Servicios Sociales o aquellos con los que exista concierto de reserva de plaza.

En la opción «Todos los de Cantabria», se entenderá que solicita plaza en cualquiera de los Centros de Cantabria, circunstancia que le permitirá aparecer en las listas de espera de todos, no limitándose exclusivamente a uno o varios Centros.

(7) NÚMERO DE PLAZAS SOLICITADAS:

Indicar: 1 plaza (sólo para el solicitante).

2 plazas (en este caso deberá indicar el grado de relación o parentesco).

(8) DECLARACIÓN JURADA:

Reflejar el lugar y la fecha de la declaración y la firma del solicitante que, en caso de no poder hacerlo deberá estampar su huella dactilar ante un funcionario público. En caso de incapacidad judicial del solicitante, deberá firmar su representante legal, haciendo constar esta circunstancia mediante sentencia judicial firme.

(9) AUTORIZACIÓN DEL CÓNYUGE:

Se cumplimentará este apartado en aquellos supuestos en los que se solicite plaza sólo para uno de los cónyuges.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A ESTA SOLICITUD

- SÓLO DEBE PRESENTAR LOS MARCADOS COMO

POR CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE SE SEÑALEN EN LA SOLICITUD:

- Informe de valoración médica, de enfermería y social, cumplimentada por profesionales de la Administración Pública (preferentemente, por el médico y la enfermera de Atención Primaria; trabajador social del municipio o Centro de Salud.
- Fotocopia del DNI.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria, o documento equivalente, donde conste la identidad del Médico de Atención Primaria y número de afiliación a la Seguridad Social.
- Certificado de la pensión o pensiones.
- Declaración o declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) de la unidad familiar. En caso de no hacer declaración, Certificado Negativo facilitado por la Agencia Tributaria (Hacienda).
- Certificado del Impuesto sobre Bienes Inmuebles, rústicos o urbanos, de la Gerencia Territorial del Catastro (Plaza de Eguino y Treco, sin número, de Santander).
- Justificante de cualquier modalidad de ahorro (libretas de ahorro, cuentas corrientes, fondos de inversión, acciones, etc.) donde queden reflejados el saldo, intereses, dividendos, etc. En caso de no disponer de ninguna modalidad de ahorro es preciso presentar una declaración jurada al efecto.
- Sentencia de Divorcio o Separación Conyugal. En el caso de carecer de ésta, certificado de convivencia expedido por su Ayuntamiento en el que se acredite la no convivencia con el cónyuge.
- Fotocopia compulsada de la sentencia firme de incapacitación y nombramiento de tutor legal.
- Fotocopia del Certificado de Minusvalía.

PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:

- Certificado de Convivencia.
- Certificado acreditativo de los haberes que perciba la totalidad de la Unidad de Convivencia (nóminas, pensiones, subsidios, etc.).
- Fotocopia de los recibos correspondientes a gastos fijos de la unidad familiar (luz, teléfono, gas, alquiler, agua, etc.).