

### 1. Datos de Identificación Institucional

Centro de Servicios Sociales Generales	
Dirección del Centro	
Trabajador/a Social que emite el informe	Fecha

### 2. Datos de Identificación de la Persona

Apellido1		Apellido2		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado Civil		Nacionalidad
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)					
Localidad			Provincia		Código Postal
Teléfono1		Teléfono2		Correo electrónico	

### 3. Capacidad legal de la Persona

Incapacitado/a legalmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Presunto/a incapaz con Guardador de Hecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la anterior respuesta ha sido afirmativa, cumplimente los datos del Guardador de Hecho que se citan seguidamente:					
Apellidos y nombre / Razón Social					NIF / NIE / CIF
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)				Código Postal	Localidad
Provincia	Teléfono1	Teléfono2	Correo electrónico		

### 4. Antecedes sociales

Expediente anterior en Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número Expediente SIUSS .....
Resumen de las intervenciones realizadas		

# INFORME SOCIAL

Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

## 5. Situación de convivencia

- La persona vive sola.
- La persona vive con su pareja.
- La persona vive con hijos/as.
- La persona vive con otras personas no familiares o familiar no hijos/as Especificar:  
.....
- La persona vive rotando por diversos domicilios de hijos/as o de otros familiares. Especificar:  
.....
- La persona mayor se encuentra en una Institución (si es el caso, reflejarla en la línea correspondiente a la casilla que proceda)
  - Centro residencial privado .....
  - Hospital .....
  - Otros: .....
- La persona carece del disfrute de un alojamiento

### CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE CONVIVENCIA

(rellenar sólo para aquellas personas que residan en su domicilio y convivan con más personas):

Nombre y apellidos	Relación de parentesco o afinidad	Edad	Relación con la persona beneficiaria	Motivos por lo que no puede prestar auxilio
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años

# INFORME SOCIAL

Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

## 6. Situación familiar (cumplimentar sólo cuando existan hijos/as que no convivan con el interesado)

Nombre y apellidos	Relación de parentesco o afinidad	Edad	Relación con la persona beneficiaria	Motivos por lo que no puede prestar auxilio
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años

### Ubicación del domicilio de los hijos/as, en caso de no convivencia con ellos/as:

- Todos/as viven en la localidad    
  Al menos uno/a vive en la localidad    
  Ninguno/a vive en la localidad

## 7. Otras circunstancias relevantes de la situación sociofamiliar

# INFORME SOCIAL

Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

## 8. Posibles indicadores de maltrato (indicar lo que proceda)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No se le permite hablar, dar su opinión | <input type="checkbox"/> Sin integración familiar                           |
| <input type="checkbox"/> Evidencia de malos tratos físicos       | <input type="checkbox"/> Se le responsabiliza sobre los problemas que causa |
| <input type="checkbox"/> Evidencia de malos tratos psicológicos  | <input type="checkbox"/> Se le impide la relación con su entorno            |
| <input type="checkbox"/> Vejaciones                              | <input type="checkbox"/> Otras situaciones (especificar) .....              |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento afectivo                    | .....   |

## 9. Situación económica del interesado

Concepto del ingreso	Cuantía mensual

Vive en alquiler o en pensión

Sí     No

Cuantía mensual (a descontar de los ingresos resultantes)

### OBSERVACIONES

## 10. Situación de salud

(Describir los principales problemas sanitarios que pueden influir en la existencia de una situación de exclusión social)

## 11. Situación de la vivienda

<p><b>TIPO DE VIVIENDA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carece de vivienda y vive en la calle</p> <p><input type="checkbox"/> Chabola o similar</p> <p><input type="checkbox"/> Infravivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión: Cuantía mensual: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Institución:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Centro residencial</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Centro de acogida o Albergue</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otros: .....</p> <p><b>REGIMEN DE TENENCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sin vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Desahucio acreditativo</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda en propiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda en alquiler</p> <p style="margin-left: 20px;">Cuantía mensual: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Cedita en uso:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Para uso y disfrute individual.</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Compartida con las personas que le han cedido la vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Subarriendo</p> <p><input type="checkbox"/> En precario</p> <p><b>NUMERO DE PLANTA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar planta baja.</p> <p><input type="checkbox"/> 1ª planta.</p> <p><input type="checkbox"/> 2ª planta o más.</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar con más de una planta.</p>	<p><b>UBICACIÓN / ENTORNO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Casco urbano                      <input type="checkbox"/> Zona marginal o en riesgo de exclusión</p> <p><input type="checkbox"/> Fuera del casco urbano   <input type="checkbox"/> Zona rural</p> <p><input type="checkbox"/> Zona normalizada            <input type="checkbox"/> Zona rural aislada.</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Municipio mayor de 20.000 habitantes.</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Municipio menor de 20.000 habitantes</p> <p><b>CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y SALUBRIDAD</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pésimas. En estado de ruina o con grandes humedades o grietas.</p> <p><input type="checkbox"/> Malas. Hacinamiento, sin agua y / o retrete, con goteras graves, sin luz natural.</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes. Vivienda en condiciones de habitabilidad inadecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Aceptables. Dispone de servicios mínimos y habitabilidad aceptable.</p> <p><input type="checkbox"/> Buenas. Dispone de todos los servicios que garanticen unas buenas condiciones de habitabilidad.</p> <p>En el caso de que se encuentren en condiciones pésimas, malas o deficientes describir dicha situación .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>EQUIPAMIENTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Calefacción                      <input type="checkbox"/> Teléfono                      <input type="checkbox"/> Ascensor</p> <p><input type="checkbox"/> Agua corriente                      <input type="checkbox"/> Luz                              <input type="checkbox"/> Retrete</p> <p><input type="checkbox"/> Agua caliente                      <input type="checkbox"/> Cuarto de baño</p> <p><b>BARRERAS ARQUITECTONICAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta con barreras arquitectónicas en el acceso a la vivienda</p> <p style="margin-left: 20px;">Descripción de dichas barreras: .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta con barreras arquitectónicas en el interior de la vivienda:</p> <p style="margin-left: 20px;">Descripción de dichas barreras: .....</p> <p>.....</p>
---	--

## 12. Percepción del interesado sobre su situación

### 13. Documentación específica requerida según la situación del interesado

Area	Situación	Documentación acreditativa a aportar
<b>Convivencia</b>	Vive sola	Certificado de empadronamiento
	Vive acompañada pero presenta una situación de maltrato (cuando se dé esta circunstancia no se tendrá en cuenta la situación en el área de vivienda).	Sentencia judicial. Informe del Instituto Aragonés de la Mujer Otros documentos que acrediten la situación
	Vive acompañada pero sin poder ser atendida por razones de discapacidad, edad, patología invalidante (enfermedad crónica, terminal o mental) o problemas de adicción	Certificado de discapacidad en los casos que proceda. Informe de salud de la patología invalidante que sufre.
	Convive con familiares de segundo o más grados, o personas con las que no le une ninguna relación de parentesco	Certificado de empadronamiento
<b>Familia</b>	No tiene hijos	Copia del Libro de Familia o, en casos excepcionales, declaración jurada de no tener hijos
	Tiene hijos pero, o bien existe falta de auxilio de estps, o todos ellos se encuentran en alguna de estas situaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son discapacitados</li> <li>▪ Tienen una patología invalidante (enfermedad crónica, terminal o mental)</li> <li>▪ Tienen problemas de adicción a drogas o estupefacientes</li> </ul>	Sentencia judicial Informe del Instituto Aragonés de la Mujer Otros documentos que acrediten la situación de maltrato pasada o presente Certificado de discapacidad en los casos que proceda Informe de salud de la patología invalidante que sufre
<b>Vivienda</b>	Vive en la calle	Informe de la Policía Local
	Vive en albergue, centro de acogida o pensión	Informe del Director/a del Centro
	Desahucio	Orden de desahucio
	Síndrome de Diógenes	Informe social o policial
	Ubicada en zona rural aislada con graves dificultades de acceso	Certificado de empadronamiento
	Infravivienda-condiciones ruinosas	Informe municipal acreditativo de la situación de la vivienda
<b>Economía</b>	Tener unos ingresos iguales o inferiores a 1,5 veces el IPREM	Certificado de ingresos

### 14. Valoración técnica

**15. Propuesta de intervención**

Dado que con carácter previo a este Informe Social se han realizado todas las actuaciones que la Legislación vigente permite y con ello se han agotado todas las vías de intervención comunitaria posibles ante la situación que presenta

Don/Doña .....

se formula la siguiente PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:

En ....., a ..... de ..... de .....

EL / LA TRABAJADOR/A SOCIAL: