



## Ajuntament de Felanitx

### ANNEX 1

#### SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ DEL SERVEI D'AJUDA A DOMICILI (SAD)

##### DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA

Nom i llinatges: \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ Telèfons \_\_\_\_\_  
Domicili \_\_\_\_\_ Població \_\_\_\_\_  
Data de naixement: \_\_\_\_\_ Nascut/da a \_\_\_\_\_  
Anys d'empadronament: \_\_\_\_\_

##### DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (només emplenar si escau)

Nom i llinatges: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_  
Parentesc amb la persona que rebrà el servei \_\_\_\_\_

#### PROBLEMÀTICA QUE MOTIVA LA SOL·LICITUD:

---

---

Sota la meva responsabilitat, manifest que:

- No rep altres serveis o prestacions d'igual o similar contingut o finalitat.
- Autoritzo a gravar les meves dades en un programa informàtic.
- Accepto proporcionar les dades que pugui requerir el departament de Serveis Socials i a comunicar qualsevol variació d'aquestes.
- Declaro que el contingut de totes les dades i de la documentació aportada acompanyant aquesta sol·licitud són certes:

1. Fotocopia del DNI de la persona beneficiària.
2. Justificació d'ingressos de la persona beneficiària.
3. Grau-Certificat i PIA de dependència de la Direcció General de Dependència

Per això,

#### **SOL·LICIT EL SERVEI : Ajuda a domicili**

Felanitx, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de l'any 20 \_\_\_\_  
Signatura de la persona interessada o representant seva

SR. BATLE-PRESIDENT DE L'AJUNTAMENT DE FELANITX



## Ajuntament de Felanitx

### ANNEX 2

INFORME

Atenció domiciliària

Expedient núm.

<b>Data d'alta</b>	
<b>Data de baixa</b>	
<b>Motiu de baixa</b>	
	Petició de la persona interessada (renúncia)
	Obtenció del recurs per altres medis
	Trasllat domicili propi
	Trasllat amb familiars o amics
	Ingrés a un Centre Residencial
	No disposar ajudes tècniques necessàries
	No acceptar o incomplir les condicions del servei
	Solució de la problemàtica
	Defunció
	Dificultat greu per a la prestació del servei
	Absència superior a 6 mesos

#### 1. DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA

Nom i llinatges \_\_\_\_\_

Data de naixement \_\_\_\_\_ E. Civil \_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_ Localitat \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ Núm. SS \_\_\_\_\_

Metge/metgessa de capçalera \_\_\_\_\_

Província de naixement \_\_\_\_\_

País de naixement \_\_\_\_\_

#### 2. DADES DE LA PERSONA DE REFERÈNCIA

Nom i llinatges \_\_\_\_\_

Parectesc amb la persona atesa \_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_

Localitat \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_



## Ajuntament de Felanitx

---

### 3. SECTOR DE LA POBLACIÓ

- Tercera Edat
- Família/infància
- Minusvàlids
- Altres

### 4. NUCLI DE CONVIVÈNCIA

- Persona sola
- Parella sense fills ni altres membres
- Parella amb fills
- Parella amb fills i altres membres
- Parella amb altres membres
- Monoparentals sense altres
- Monoparentals amb altres
- Grup sense relació
- Altres

### 5. GENOGRAMA

--

### 6. PROBLEMÀTICA QUE MOTIVA EL SERVEI

--



## Ajuntament de Felanitx

---

### 7. OBJECTIUS DE LA INTERVENCIÓ

### 8. ACTUACIONS DEL SERVEI D'AJUDA A DOMICILI

#### Actuacions de caràcter domèstic

Compra i preparació de menjar  
Suport a la neteja de la llar  
Encàrrecs domèstics  
Suport a l'organització  
Acompanyament a la compra  
Rentat, repàs i planxat roba  
Altres

#### Actuacions de caràcter personal

- Higiene personal
- Seguiment de medicaments
- Petites cures
- Suport a la mobilització
- Suport per a vestir-se i menjar
- Altres

#### Actuacions de caràcter integrador

- Acompanyament a consultes mèdiques
- Acompanyament a gestions varies
- Acompanyament per a la participació a activitats culturals i/o de temps lliure
- Altres

#### Actuacions de caràcter educatiu

- Col·laboració en el seguiment de l'escolarització
- Suport per potenciar hàbits normalitzats, horaris, pautes...
- Suport per potenciar hàbits sanitaris i higiènics
- Suport per l'organització i administració econòmica
- Suport per potenciar hàbits saludables



## Ajuntament de Felanitx

- Tasques de col·laboració de l'estructuració familiar.
- Altres

Dies de la setmana	Hora aproximada	Tasques
Dilluns		
Dimarts		
Dimecres		
Dijous		
Divendres		

Suspensió temporal	Data baixa	Data alta
En espera d'avaluació		
Petició de l'interessat, (renúncia)		
Trasllat domicili propi		
Trasllat amb familiars o amics		
Ingrés a un Centre Residencial		
Vacances		
Malaltia		
Ingrés a un centre hospitalari		
No acceptar condicions del servei		
Altres		

Data de modificació	
---------------------	--

### 9. REVISIÓ PERIÒDICA

Data de revisió	observacions



## Ajuntament de Felanitx


### 10. INGRESSOS ECONÒMICS

INGRESSOS DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA	MENSUALS
PENSIONS	
PRESTACIÓ DE DEPENDÈNCIA	
ALTRES	
TOTAL	

### CONCLUSIONS, INFORMACIÓ I IDONEÏTAT DEL CAS:

--

Data: \_\_\_\_\_

Signat \_\_\_\_\_



## Ajuntament de Felanitx

### ANNEX 3

#### **CONTRACTE ASSISTENCIAL ENTRE L'ENTITAT DE SERVEIS SOCIALS I LA PERSONA USUÀRIA PER A LA PRESTACIÓ DEL SERVEI D'AJUDA A DOMICILI.**

D'una part, \_\_\_\_\_,  
major d'edat, amb DNI \_\_\_\_\_ i domicili a \_\_\_\_\_,  
actuant en nom propi o en representació de \_\_\_\_\_,  
amb DNI \_\_\_\_\_ que serà la persona que rebrà el servei d'ajuda a domicili.

I d'altra el/la treballador/a social de l'Ajuntament de Felanitx

#### ACORDEN

**Primer.** L'Ajuntament de Felanitx prestarà el servei d'ajuda a domicili a les persones següents:

Nom i llinatges \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Data de naixement: \_\_\_\_\_  
Domicili: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_  
Telèfon: \_\_\_\_\_

Nom i llinatges \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Data de naixement: \_\_\_\_\_  
Domicili: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_  
Telèfon: \_\_\_\_\_

**Segon.** El servei que es prestarà és el següent:

- Higiene personal: rentar-se/arreglar-se, banyar-se/dutxar-se, Vestir-se/desvestir-se.
- Suport a l'organització de les tasques domèstiques: compra, organització de la roba de la persona beneficiària del servei, neteja de la roba a màquina, petites tasques domèstiques,...
- Mobilització: dins l'habitatge, a l'entorn.
- Acompanyaments: metge/metgessa, banc, compres, etc. a peu.
- Gestions: anar a fer receptes al metge/metgessa, comprar a la farmàcia.
- Ajudes tècniques: informació condicionaments vivenda, cadira de rodes, grues,...
- Altres a especificar: \_\_\_\_\_

El servei està destinat a suplir les tasques quotidianes necessàries i imprescindibles per al desenvolupament normal de la persona i que no pugui realitzar per si mateixa ni altres membres de la unitat familiar.

**Tercer.** Les condicions de la prestació del servei seran les següents:



## Ajuntament de Felanitx

---

Data d'inici: \_\_\_\_\_

Durada prevista: fins a la resolució efectiva del PIA de Dependència i l'accés al Servei d'ajuda a domicili de dependència.

Total dies de la setmana: \_\_\_\_\_

El/la treballador/a familiar assignat/da i la programació del treball establerta es podrà modificar si les necessitats del servei ho exigeixen.

El/la treballador/a familiar és un/a professional que realitza una feina remunerada i no pot acceptar cap tipus de regal o gratificació.

La forma de contacte amb el/la treballador/a familiar, fora de les hores de servei, serà únicament i exclusivament a través del/de la treballador/a social de l'Ajuntament i no es recorrerà a formes de localització particular, a excepció de situacions de necessitat o urgència.

**Quart.** Els serveis socials de l'Ajuntament de Felanitx es reserven el dret de suprimir el servei d'ajuda a domicili quan l'actitud de la persona usuària i/o dels seus familiars impossibiliti la consecució dels objectius prevists o bloquegi les tasques a desenvolupar pel treballador familiar i, també, quan no respecti qualsevol de les condicions del present acord.

**Cinquè.** L'usuari o la usuària es compromet a aportar les ajudes tècniques necessàries per al bon funcionament del servei, en valoració conjunta entre la treballadora social i la persona usuària. Des dels Serveis Socials s'informarà les persones usuàries de les ajudes econòmiques disponibles per a l'adquisició d'ajudes tècniques o altres serveis de préstec si és el cas.

**Sisè:** La persona usuària o familiar comunicarà als serveis socials els canvis que es produeixin de forma temporal o permanent a l'entorn de l'usuari o la usuària i que afectin la prestació del servei, com pugui ser la resolució de grau de dependència i el PIA que li sigui assignat. Quan el SAD de dependència iniciï l'atenció de la persona, acabarà el SAD municipal.

El present acord està vigent tot el temps que es desenvolupi la programació de treball establerta.

Felanitx, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

El/la treballador/a social

Persona usuària o representant





## Ajuntament de Felanitx

### ANNEX IV

#### SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ DEL SERVEI DE MENJAR A DOMICILI

##### DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA

Nom i llinatges:.....  
DNI.....Telèfons.....  
Domicili.....Població.....  
Data de naixement:.....  
Nascut/da a.....  
Anys d'empadronament: .....

##### DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (només emplenar si escau)

Nom i llinatges: .....  
DNI: ..... Telèfon .....  
Parentesc amb la persona que rebrà el servei .....

##### PROBLEMÀTICA QUE MOTIVA LA SOL·LICITUD:

Documentació a adjuntar:

- Fotocòpia del DNI, NIF o NIE de la persona usuària.
- Autorització per l'ús de dades personals.
- Documentació acreditativa de la situació que li dóna accés al servei:
  - Presentar al menys una d'aquestes situacions:
    - Tenir 65 anys o més.
    - Tenir una discapacitat, reconeguda per l'administració competent, igual o superior al 33% per raó de discapacitats físiques, psíquiques i/o sensorials. O reconeixement de la situació de dependència.
    - Tenir menys de 18 anys i trobar-se en situació de desatenció.
    - Nuclis familiars amb menors amb situació de vulnerabilitat social.

Per això,

**SOL·LICIT EL SERVEI : Menjar a domicili.**

Felanitx, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de l'any 20\_\_\_\_

Signatura de la persona interessada o representant seva

**SR. BATLE-PRESIDENT DE L'AJUNTAMENT DE FELANITX**