



Ajuntament de Felanitx

ANEXO 1

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AJUDA A DOMICILIO (SAD)

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Nombre y apellidos: _____
DNI _____ Teléfono _____
Domicilio _____ Población _____
Fecha de nacimiento: _____ Nacido/da en _____
Años de empadronamiento: _____

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (sólo rellenar si procede)

Nombre y apellidos _____
DNI: _____ Telèfon. _____
Parentesco con la persona que recibira el servicio _____

PROBLEMÀTICA QUE MOTIVA LA SOL.LICITUD:

Bajo mi responsabilidad, manifiesto que:

- No recibe otros servicios o prestaciones de igual o similar contenido o finalidad.
- Autorizo a grabar mis datos en un programa informático.
- Acepto proporcionar los datos que pueda requerir el departamento de Servicios Sociales y a comunicar cualquier variación de estos.
- Declaro que el contenido de todos los datos y de la documentación aportada acompañante a esta solicitud son ciertas:
 1. Fotocopia del DNI de la persona beneficiaria.
 2. Justificación de ingresos de la persona beneficiaria.
 3. Grado-Certificado y PIA de dependencia de la Dirección General de Dependencia.

Por eso,

SOLICITO EL SERVICIO : Ayuda a domicilio

Felanitx, ___ d _____ del año 20__

Firma de la persona interesada o representante suya

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE FELANITX.



Ajuntament de Felanitx

ANEXO 2

INFORME

Atención domiciliaria

Expediente núm.

Fecha de alta	
Fecha de baja	
Motivo de baja	
	Petición de la persona interesada (renúncia)
	Obtención del recurso por otros medios
	Traslado domicilio propio
	Traslado con familiares o amigos
	Ingrésos a un Centro Residencial
	No disponer de ayudas técnicas necesarias
	No aceptar o incumplir las condiciones del servicio
	Solución de la problemática
	Defunción
	Dificultad grave para la prestación del servicio
	Ausencia superior a 6 meses

1. DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Nombre y apellidos _____

Fecha de nacimiento _____ E. Civil _____

Domicilio _____ Localidad _____

Telf. _____ Núm. SS _____

Médico/a de cabecera _____

Provincia de nacimiento _____

País de nacimiento _____

2. DATOS DE LA PERSONA DE REFERENCIA

Nombre y apellidos _____

Relación con la persona atendida _____



Ajuntament de Felanitx

Domicilio _____

Localidad _____ Telf. _____

3. SECTOR DE LA POBLACIÓN

- 3ª Edad
- Familia/infancia
- Minusválido
- Otros

4. NÚCLEO DE CONVIVENCIA

- Persona sola
- Pareja sin hijos ni otros miembros
- Pareja con hijos
- Pareja con hijos y otros miembros
- Pareja con otros miembros
- Monoparentales sin otros
- Monoparentales con otros
- Grupo sin relación
- Otros

5. GENOGRAMA

6. PROBLEMÁTICA QUE MOTIVA EL SERVICIO



Ajuntament de Felanitx

7. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

8. ACTUACIONES DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Actuaciones de carácter doméstico

- Compra y preparación de comida
- Apoyo a la limpieza del hogar
- Encargos domésticos
- Apoyo a la organización
- Acompañamiento a la compra
- Lavado, repaso y plachado ropa
- Otras

Actuaciones de carácter personal

- Higiene personal
- Seguimiento de medicamentos
- Pequeñas curas
- Apoyo a la movilización
- Apoyo para vestirse y comer
- Otras

Actuacions de caràcter integrador

- Acompañamiento a consultas médicas
- Acompañamiento a gestiones varias
- Acompañamiento para la participación a actividades culturales y/o de tiempo libre
- Otras

Actuacions de caràcter educatiu

- Colaboración en el seguimiento de la escolarización
- Apoyo para potenciar hábitos normalizados, horarios, pautas...
- Apoyo para potenciar hábitos sanitarios y higiénicos
- Apoyo para la organización y administración económica



Ajuntament de Felanitx

- Apoyo para potenciar hábitos saludables
- Tareas de colaboración de la estructuración familiar.
- Otras

Días de la semana	Hora aproximada	Tareas
Lunes		
Martes		
Miercoles		
Jueves		
Viernes		

Suspensión temporal	Fecha de baja	Fecha de alta
En espera de evaluación		
Petición del interesado/a, (renúncia)		
Traslado domicilio propio		
Traslado con familiares o amigos		
Ingreso a un Centro Residencial		
Vacaciones		
Enfermedad		
Ingreso a un centro hospitalario		
No aceptar condiciones del servicio		
Otras		

Fecha de modificación	
------------------------------	--



Ajuntament de Felanitx

9. REVISIÓN PERIÓDICA

Fecha de revisión	observaciones

10. INGRESOS ECONÓMICOS

INGRESOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA	MENSUALES
PENSIONES	
PRESTACIÓN DE DEPENDENCIA	
OTRAS	
TOTAL	

CONCLUSIONES, INFORMACIÓN E IDONEIDAD DEL CASO:

--



Ajuntament de Felanitx

Fecha: _____

Firma: _____



Ajuntament de Felanitx

ANEXO 3

CONTRATO ASISTENCIAL ENTRE LA ENTIDAD DE SERVICIOS SOCIALES Y LA PERSONA USUARIA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

De una parte, _____,
mayor de edad, con DNI _____ i domicili en _____,
actuando en nombre propio o en representación de
_____, con DNI _____ que
sera la persona que recibirá el servicio de ayuda a domicilio.

Y de otra el/la Trabajador/a Social del Ayuntamiento de Felanitx

ACUERDAN

Primero. El Ayuntamiento de Felanitx prestará el servicio de ayuda a domicilio a las siguientes personas:

- Nombre y apellidos _____
DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____ Població: _____
Teléfono: _____

- Nombre y apellidos _____
DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____ Població: _____
Teléfono: _____

Segundo. El servicio que se prestará es el siguiente:

- Higiene personal: lavarse/arreglarse, bañarse/ ducharse, Vestirse/desvestirse.
- Apoyo a la organización de las tareas domésticas: compra, organización de la ropa de la persona beneficiaria del servicio, limpieza de la ropa a máquina, pequeñas tareas domésticas,...
- Mobilización: dentro de la vivienda, al entorno.
- Acompañamientos: médico/médica, banco, compras, etc. a pie.
- Gestiones: ir a hacer recetas al médico/médica, comprar a la farmacia.
- Ayudas técnicas: información acondicionamientos vivienda, silla de ruedas, grúas,...
- Otros a especificar: _____

El servicio está destinado a suplir las tareas cotidianas necesarias e imprescindibles para el desarrollo normal de la persona y que no pueda realizar por sí misma ni otros miembros de la unidad familiar.



Ajuntament de Felanitx

Tercero. Las condiciones de la prestación del servicio serán las siguientes:

Fecha de inicio: _____

Duración prevista: hasta la resolución efectiva del PIA de Dependencia y el acceso al Servicio de Ayuda a domicilio de Dependencia.

Total días de la semana: _____

El/la Trabajador/a Familiar asignada y la programación del trabajo establecida se podrá modificar si las necesidades del servicio lo exigen.

El/la Trabajador/a Familiar es un/a profesional que realiza un trabajo remunerado y no puede aceptar ningún tipo de regalo o gratificación.

La forma de contacto con el/la Trabajador/a Familiar, fuera de las horas de servicio, será única y exclusivamente a través del/la Trabajador/a Social del Ayuntamiento y no se recurrirá a formas de localización particular, a excepción de situaciones de necesidad o urgencia.

Cuarto. Los servicios sociales del Ayuntamiento de Felanitx se reservan el derecho de suprimir el servicio de ayuda a domicilio cuando la actitud de la persona usuaria y/o de sus familiares imposibilite la consecución de los objetivos previstos o bloquee las tareas a desarrollar por el trabajador familiar y, también, cuando no respete cualquiera de las condiciones del presente acuerdo.

Quinto. El usuario o usuaria se compromete a aportar las ayudas técnicas necesarias por el buen funcionamiento del servicio, en valoración conjunta entre la trabajadora social y la persona usuaria. Desde los Servicios Sociales se informará a las personas usuarias de las ayudas económicas disponibles por la adquisición de ayudas técnicas u otros servicios de préstamo si es el caso.

Sexto: La persona usuaria o familiar comunicará a los servicios sociales los cambios que se produzcan de forma temporal o permanente en el entorno del usuario o usuaria y que afecten la prestación del servicio, como pueda ser la resolución de Grado de Dependencia y lo PIA que le sea asignado. Cuando el SAD de dependencia inicie la atención de la persona, finalizará el SAD municipal.

El presente acuerdo está vigente todo el tiempo que se desarrolle la programación de trabajo establecida.

En Felanitx, ____ de _____ de 20____

El/la Trabajador/a Social

Persona usuaria o representante



Ajuntament de Felanitx

ANEXO IV

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA

Nombre y apellidos: _____
DNI _____ Teléfono _____
Domicilio _____ Población _____
Fecha de nacimiento: _____ Nacido/a en _____
Años de empadronamiento: _____

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (sólo completar si procede)

Nombre y apellidos: _____
DNI: _____ Teléfono _____
Parentesco con la persona que recibirá el servicio _____

PROBLEMÁTICA QUE MOTIVA LA SOLICITUD:

Documentación a adjuntar:

- Fotocopia del DNI, NIF o NIE de la persona usuaria.
- Autorización por el uso de datos personales.
- Documentación acreditativa de la situación que le da acceso al servicio:

Presentar al menos una de estas situaciones:

- Tener 65 años o más.
- Tener una discapacidad, reconocida por la administración competente, igual o superior al 33% por razón de discapacidades físicas, psíquicas y/o sensoriales. O reconocimiento de la situación de dependencia.
- Tener menos de 18 años y encontrarse en situación de desatención.
- Núcleos familiares con menores con situación de vulnerabilidad social.

Por eso,

SOLICITO EL SERVICIO : Comida a domicilio.

Felanitx, ___ d _____ del año 20___

Firma de la persona interesada o representante suya

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE FELANITX