



SOL·LICITUD DEL SERVEI D'AJUDA A DOMICILI

SAD DEPENDÈNCIA

SAD RISC SOCIAL

Dades del sol.licitant

Nom i cognoms:

Núm. d'expedient:

Núm. d'expedient de DP:

Grau:

Nivell:

Data d'inici del servei:

Sexe:

Telèfon:

Estat civil:

Data naixement:

DNI:

Adreça:

Núm.:

Municipi:

CP:

Situació laboral:

SOL·LICITO

Acollir-me al programa d'assistència domiciliària gestionat pel Departament de Serveis Socials del Consell Comarcal del Baix Ebre.

(Signatura del sol.licitant)

Data:

Declaro:

1. Que totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes.
2. Que tinc l'obligació de comunicar al Consell Comarcal del Baix Ebre qualsevol variació que pogués produir-se.
3. Que em comprometo a aportar qualsevol document i que estic assabentat/da que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes podrà ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meua sol·licitud sense perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.
4. Que el Consell Comarcal del Baix Ebre sigui dipositar de les meves dades i les utilitzi per la finalitat d'aquesta sol·licitud. D'acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal. Totes les dades personals facilitades pels sol·licitants s'utilitzaran amb l'exclusiva finalitat de servir per a valorar la concessió de l'ajut sol·licitat.

IL·LM. SR. PRESIDENT DEL CONSELL COMARCAL DEL BAIX EBRE



**Consell Comarcal
del Baix Ebre**

Professional referent:

Problemàtica

Vellesa Disminuïts Família Altres

Familiar de referència / Persona de contacte

Nom:

Adreça:

Municipi:

Telèfon:

Situació Familiar

Viu: sol amb fills amb familiars amb cònjuge altres

Núm. Fills/es **Membres de la unitat familiar**

Nucli de convivència

Qui sol·licita el servei:

Serveix que gaudeix o té sol·licitats:

	Gaudeix	Sol·licita
Teleassistència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rec. Sit. Dependències	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situació de la vivenda:

Pis/casa	<input type="checkbox"/>
Dificultat d'accessos	<input type="checkbox"/>
Dins del nucli urbà	<input type="checkbox"/>
Fora del nucli urbà	<input type="checkbox"/>

Valoració de la demanda i proposta:

Diagnòstic / Valoració



**Consell Comarcal
del Baix Ebre**

Objectius

Tasques

Atenció personal:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suport emocional | <input type="checkbox"/> Acompanyament fora de la llar |
| <input type="checkbox"/> Higiene personal | <input type="checkbox"/> Ensenyar hàbits |
| <input type="checkbox"/> Posar-lo al llit | <input type="checkbox"/> Canvis posturals |
| <input type="checkbox"/> Llevar-lo | <input type="checkbox"/> Estimular-lo |
| <input type="checkbox"/> Vestir-lo | <input type="checkbox"/> Conversar i escoltar-lo |
| <input type="checkbox"/> Despullar-lo | <input type="checkbox"/> Motivar-lo en activitats lúdiques |
| <input type="checkbox"/> Donar-li el menjar | <input type="checkbox"/> Millorar les relacions personals |
| <input type="checkbox"/> Cures personals | <input type="checkbox"/> Impedir l'aïllament social |
| <input type="checkbox"/> Control de l'alimentació | <input type="checkbox"/> Control de la medicació |
| <input type="checkbox"/> Promoure i augmentar el cercle relacional i d'entorn. | |

Documentació que s'aporta:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DNI / NIE | <input type="checkbox"/> NIF |
| <input type="checkbox"/> Tarja Seguretat Social | <input type="checkbox"/> Llibre de Família |
| <input type="checkbox"/> INEM | <input type="checkbox"/> Informes Mèdics |
| <input type="checkbox"/> Ingressos | <input type="checkbox"/> Altres |

Observacions

Signatura Treballador/a, Educador/a Social

Número col.legiat/ada:

Data: