



COMARCA  
de  
SOBRARBE

## SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo establecido en la LO 15/1999, de Protección de Datos Personales, le informamos que los datos aquí facilitados formarán parte del fichero de Servicios Sociales de Base titularidad de la Comarca de Sobrarbe y cuya finalidad es gestionar los Servicios Sociales ofertados por la Comarca.

Mediante la firma del presente documento, autoriza expresamente a la Comarca de Sobrarbe a recabar y tratar todos los datos que considere necesario, incluidos los denominados especialmente protegidos, a los efectos de tramitar su solicitud.

Se le informa de la posibilidad que Ud. tiene de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación en cualquier momento, dirigiéndose a la siguiente dirección: Comarca de Sobrarbe, Avd. de Ordesa nº 79, Boltaña, Huesca. Sus datos no serán cedidos salvo en los casos de lo permita o lo exija expresamente.

Fecha y firma del solicitante



COMARCA  
de

SOBRARBE

## DOCUMENTACION QUE APORTA EL INTERESADO

	Impreso de solicitud firmada y cumplimentada
	Fotocopia del DNI.
	Fotocopia del libro de familia, cuando se posea
	Tarjeta sanitaria
	En caso de extranjeros, tarjeta de residencia o pasaporte
	Certificado de residencia efectiva en la Comarca, y de la convivencia en su caso
	Fotocopia de la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o en su defecto declaración negativa del IRPF, expedido por la Agencia Tributaria
	Certificado de pensiones u otras prestaciones, dependencia, PNC, IAI, desempleo, etc.
	Fotocopias de nóminas
	Aceptación firmada de pagar la cuota máxima, si se niega a aportar declaración de la renta y/o declaración de ingresos
	Certificado de minusvalía (si se tiene)
	Certificado de reconocimiento de la situación de dependencia (si se tiene)
	Autorización bancaria
	Informe social
	Informe médico
	Otros documentos que se consideren necesarios <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



COMARCA  
de

SOBRARBE

## SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

### DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos: _____, Nombre: _____ DNI: _____
Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Código Postal: _____
Cónyuge _____

### PERSONA DE CONTACTO O REFERENCIA / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Apellidos: _____, Nombre: _____ DNI: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Localidad: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____

Considerando que por mi situación de necesidad personal y social, no me es posible la realización de mis actividades habituales en mi domicilio,

**SOLICITO: LA PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO**, para lo cual realizo la siguiente:

### DECLARACIÓN SOBRE INGRESOS FAMILIARES

Ingresos beneficiario: Tipo: _____ Cuantía Mensual: _____
Procedencia: _____ Cuantía Anual: _____
Ingresos Resto UEC: Procedencia _____ Cuantía Mensual: _____
TOTAL INGRESOS COMPUTABLES: _____

Datos que bajo mi responsabilidad, DECLARO que son ciertos.

Así mismo MANIFIESTO:

Que NO percibo otros servicios o prestaciones de análogo contenido o finalidad.

Que quedo enterado de la obligación de comunicar a la Comarca de Sobrarbe, cualquier variación en los datos declarados que puedan producirse en lo sucesivo.

Que acepto el pago de la cuota que me corresponda en aplicación, a mi caso, de la normativa vigente.

Que me comprometo a permitir el desarrollo de las funciones de la Auxiliar a Domicilio

Que me comprometo a permitir la supervisión de la Trabajadora Social y a cumplimentar las encuestas sobre la calidad del servicio que se me realicen.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

**SR. PRESIDENTE DE LA COMARCA DE SOBRARBE**



COMARCA  
de

SOBRARBE

## SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO – INFORME SOCIAL

BENEFICIARIO:

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

AUTONOMÍA PERSONAL

UNIDAD DE CONVIVENCIA

OTROS FAMILIARES

RELACIONES

Familiares:

Vecinales:

SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:

INGRESOS MENSUALES

- Interesado \_\_\_\_\_

- Resto de la U.E.C. \_\_\_\_\_

- Ingresos Totales Computables: \_\_\_\_\_



COMARCA  
de

SOBRARBE

### DATOS SANITARIOS:

Seguridad Social nº: \_\_\_\_\_

Invalidez / Minusvalía: \_\_\_\_\_

Médico que le atiende: \_\_\_\_\_

Centro médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Situación:

Régimen de tenencia:

Barreras arquitectónicas:

Habitabilidad:

Equipamiento:

### VALORACIÓN PROFESIONAL / DIAGNOSTICO SOCIAL

### PROPUESTA DE ATENCIÓN:

Trabajadora social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_



COMARCA  
de

SOBRARBE

## INFORME MÉDICO

Reconocimiento efectuado por el Doctor D. \_\_\_\_\_

Colegiado nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ médico de

\_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_

Y su cónyuge D. \_\_\_\_\_

	SOLICITANTE	CÓNYUGE
- Padece enfermedad infecto-contagiosa. Indicar SÍ o NO		
- Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente: Indicar SI o No		
- Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en la convivencia: Indicar SÍ o No		
<b>SITUACION FÍSICA:</b>		
- Se vale por sí mismo, en su aspecto físico para el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria: Indicar SI o NO		
- Limitaciones en el campo visual o auditivo. Indicar si son: 1 - leves; 2 - importantes; 3 - totales		
- Incontinencia. Indicar si es: 1 - ocasional; 2 - frecuente; 3 - total		
- Dificultad en el manejo de las extremidades superiores. Indicar si es: 1 - leve; 2 - importante; 3- total		
- Dificultad en el manejo de las extremidades inferiores. Indicar si es: 1 - leve; 2 - importante; 3- total		
- Dificultad respiratoria. Indicar si es: 1 - leve; 2 - de moderada a severa		

**JUICIO DIAGNÓSTICO** (Se reflejará la causa médica que ha producido la incapacidad física o psíquica señaladas. Se especificará tratamiento y evolución).

---

---

---

---

---

---

---



COMARCA  
de

SOBRARBE

SITUACION PSÍQUICA	SOLICITANTE	CÓNYUGE
- Se vale por sí mismo, en su aspecto psíquico, para el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria. Indicar SÍ o NO		
- Desorientación tempo-espacial. Indicar si tiene trastornos: 1 - leves o de forma esporádica 2 - importantes o de forma habitual 3 - desorientación total		
- Alteraciones de percepción. Indicar si son: 1 – leves; 2 – moderadas; 3 - importantes		
- Incoherencias en la comunicación. - Indicar si son: 1 - ligeras; 2 - frecuentes; 3 - totales		
- Descontrol emocional. Indicar si es: 1 – ligero; 2 – frecuente; 3- total		
- Trastornos de la memoria. Indicar si son: 1 – leves; - moderados; 3- graves		
- Trastornos de la conducta. Indicar si son: 1 – leves; 2 – moderados; 3 - graves		

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_

Firma

**S.E.A.D.O. - SERVICIO SOCIAL DE BASE – COMARCA DE SOBRARBE**

COMARCA  
de

SOBRARBE

**VALORACIÓN DEL CASO**Usuario  
Trabajadora SocialExpediente  
Fecha**A) CAPACIDAD FUNCIONAL**

Capacidades	Lo hace por sí mismo	Requiere ayuda parcial	Requiere ayuda total	Puntos
1. Comer y beber	0	6	3	
2. Regulación de la micción, defecación	0	5	2,5	
3. Lavarse, arreglarse	0	4	2	
4. Vestirse, calzarse, desvestirse, descalzarse	0	4	2	
5. Sentarse, levantarse, tumbarse	0	2	1	
6. Control en la toma de medicamentos	0	1	0,5	
7. Evitar riesgos	0	1	0,5	
8. Pedir ayuda	0	2	1	
9. Desplazarse dentro del hogar	0	4	2	
10. Desplazarse fuera del hogar	0	4	2	
11. Realizar tareas domésticas	0	3	1,5	
12. Hacer la compra	0	1	0,5	
13. Relaciones interpersonales	0	1	0,5	
14. Usar y gestionar el dinero	0	1	0,5	
15. Uso de los servicios a disposición del público	0	1	0,5	
A) TOTAL PUNTOS	0	(40)	(20)	

**B) SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR (30 Puntos)**

Situaciones	Puntos
1. Solicitante sin cuidadores	30
2. Solicitante con cuidadores	
2.1. Cuidador enfermo crónico, discapacitado o muy pendiente	20
2.2. Cuidador de edad avanzada	15
2.3. Cuidador que por razones laborales se ausenta del domicilio	10
2.4. Cuidador con cargas familiares: atención de otras personas dependientes	5
2.5. Cuidador sin ninguna circunstancia anterior recogida	0
4. Solicitante ingresado en la Residencia Comarcal de Sobrarbe "La Solana"	15
5. Solicitante usuario de la Vivienda Tutelada de la Comarca de Sobrarbe	15

COMARCA  
de

SOBRARBE

**C) VIVIENDA (10 Puntos)**

C.1. Condiciones de habitabilidad de la vivienda	
Situaciones	Puntos
1. Condiciones deficientes de la vivienda: dispone solamente de agua, luz y retrete, grandes goteras, mala ventilación, falta de iluminación, falta de higiene y salubridad de la vivienda.	3
2. Condiciones aceptables de habitabilidad, aunque carece de algún equipamiento básico; presenta ligeras deficiencias.	1
3. Buenas condiciones en la vivienda. Reúne condiciones de habitabilidad, salubridad y está bien equipada.	0

C.2. Accesibilidad	
Situaciones	Puntos
1. Vivienda ubicada en zona aislada y/o carente de comunicación y/o difícil acceso a recursos. Con graves problemas de comunicación.	4
2. Vivienda ubicada en zona rural o casco urbano, disponiendo de algún medio de comunicación y/o limitaciones en el acceso a los recursos. Con moderadas dificultades de comunicación.	2
3. Vivienda ubicada en zona rural o casco urbano con buenos medios de comunicación y/o acceso a los recursos. Sin ninguna dificultad de comunicación.	0

C.3. Barreras arquitectónicas	
Situaciones	Puntos
1. Presencia de barreras (escaleras, pasillos estrechos...) que impiden el desenvolvimiento de las actividades básicas de la vida diaria.	3
2. Carecen de adaptaciones básicas en el baño (plato de ducha, asideros, antideslizantes...) que dificultan moderadamente el desenvolvimiento de la vida diaria.	1
3. No se presentan barreras arquitectónicas en el interior. No dificultan el desenvolvimiento de la vida diaria.	0

**D) BAREMO ECONÓMICO (20 Puntos)**

Situaciones	Puntos
1. Renta inferior al IPREM	20
2. Renta superior al IPREM e inferior al SMI	10
3. Renta superior al SMI	0

VALORACION TOTAL	
Fdo.:	
Tasa:	€/hora



COMARCA  
de

SOBRARBE

## AUTORIZACIÓN BANCARIA

---

D.

Domiciliado en \_\_\_\_\_, calle

con N.I.F. \_\_\_\_\_ .autoriza a la Comarca de Sobrarbe para que abone en mi  
cuenta bancaria nº

las liquidaciones de las tasas correspondientes al Servicio de Ayuda a Domicilio que me es  
prestado por dicho ente supramunicipal.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

Firmado:



COMARCA  
de

SOBRARBE

MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA PERSONAS FÍSICAS

Don

Con NIF: \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_

Y Doña

Con NIF \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_

Autorizamos a la Comarca de Sobrarbe a solicitar a la Agencia Tributaria

- Certificado de estar al corriente en las obligaciones tributarias
- Certificado del IRPF

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Fdo.:

Fdo.:



COMARCA  
de

SOBRARBE

DATOS DE USUARIO

Nº DE SIUSS

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI:

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

SERVICIO SOCIAL DE BASE:

DATOS DEL SAD

PUNTUACIÓN:

CUOTA:

HORAS SEMANA:

DÍA/S: