

INFORME SOCIAL

Emitido por D/Dª _____
Trabajador/a Social de _____
Teléfono _____ Fax _____
Correo electrónico _____
Relativo a D/Dª _____

- 1) Se vale por sí mismo para las actividades de la vida diaria

SI	NO
----	----

2) Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en la convivencia de un Centro Residencial colectivo

SI	NO
----	----

Convivencia. Señale con una cruz lo que proceda:

- Vive solo
 Con hijo discapacitado
 Vive solo pero tiene hijos
 Residencia/ Con los padres
 Otras situaciones. Especificar: _____

Participación en el programa. Señale con una cruz lo que proceda:

- Nunca
 1 año
 2 años
 3 años
 4 años o más

¿Tiene posibilidad de pasar la Navidad con familiares o amigos?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

Número de hijos

Motivos por los que desea participar en el programa:

Diagnóstico social y otras observaciones:

Valore de 0 a 20, la conveniencia de que el solicitante participe en el Programa:

Se acompaña la siguiente documentación:

- Certificado de empadronamiento (si no consta en el DNI domiciliado en la Comunitat Valenciana)
 Copia de la revalorización de la pensión de 2015
 Certificado médico
 Fotocopia del certificado de minusvalía (menores de 65 años que acompañen a su padre/madre)

.....de.....de 2015

El/la trabajador/a social