

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA

INFORME SOCIAL

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

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

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

| | |
|----|----|
| NO | SI |
|----|----|

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

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

| | |
|----|----|
| NO | SI |
|----|----|

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?

| |
|----|
| Si |
|----|

| |
|----|
| 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 2016
- Documentación otras pensiones
- Certificado médico
- Fotocopia del certificado de minusvalía (menores de 65 años que acompañen a su padre/madre)

.....de.....de 2016

El/la trabajador/a social