

**MODELO E4: INFORMACIÓN SOCIAL PARA EL PROCESO DE SOLICITUD DE PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR**

 **CON EL OBJETO QUE: D/DÑA.** (Nombre y Apellidos)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACION PERSONAL (DNI, NIE o Pasaporte) Nº­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISPONGA DE UNA INFORMACION PERSONALIZADA Y NECESARIA DE LOS DERECHOS, PRESTACIONES Y SERVICIOS SOCIALES A LOS QUE TUVIERA DERECHO Y PUEDA TOMAR UNA DECISION PLENA, LIBRE Y VOLUNTARIA SOBRE SU DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR

**EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL** (Nombre y Apellidos)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CENTRO DE SALUD / HOSPITAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº DE COLEGIADO/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMA:**

**SITUACION SOCIO-FAMILIAR:**

**I.- Estructura y Función Familiar:**

󠇮 Vive en pareja y/o familia y hay hijos/as u otros familiares que ayudan

󠇮 Vive en pareja y/o familia con edad similar, haya o no hijos/as u otros familiares que ayuden

󠇮 Vive en pareja y/o familia con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición para cuidarlo/a y/o que presta cuidados de larga duración

󠇮 Vive solo/a y hay hijos/as u otros familiares que ayudan

󠇮 Vive solo/a hay hijos/as u otros familiares con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición de cuidarlo/a

󠇮 Vive solo/a con familia distante (físicamente o afectivamente) o no hay familiares ni cuidadores/as

󠇮 Falta de cuidados, con o sin convivencia con los familiares

**II.- Contactos Sociales:**

󠇮 Contactos sociales periódicos (> una vez/semana) fuera del domicilio y participación en redes amplias de contactos/actividades

󠇮 Contactos sociales periódicos (> una vez/semana) fuera del domicilio con familiares, vecinos/as u otras personas, derivados de la realización de actividades instrumentales (comprar, ir al banco, etc.) u otras (visitas médicas, etc.) que le son necesarias

󠇮 Contactos sociales periódicos (> una vez/semana) dentro o fuera del domicilio sólo con la familia y/o con un ámbito de relación restringido

󠇮 Contactos sociales puntuales (<\_ una vez/semana y/o irregulares) sólo en el domicilio con la familia y/o con un ámbito de relación restringido

󠇮 Sin contactos sociales: no recibe visitas, no sale a la calle y/o aislamiento social

**III.- Ayuda necesitada y recibida de la red de recursos formales y/o informales en las AVD:**

󠇮 No requiere ayuda

󠇮 Requiere ayuda y la recibe de la red informal y/o formal y es suficiente

󠇮 Requiere ayuda y la recibe en su mayor parte de una persona cuidadora externa (privada) y es suficiente, independientemente de que esté o no complementada por la red informal y/o formal

󠇮 Requiere ayuda y la recibe de la red informal y/o formal y es insuficiente

󠇮 Requiere ayuda y no tiene apoyo de la red de recursos (formal/informal) y no se puede ejercer

**IV.- Ingresos económicos:**

󠇮 Más de dos veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (<2 IPREM)

󠇮 Entre una vez y media y dos el IPREM (> 1,5 IPREM <- 2 IPREM)

󠇮 Entre una vez y una vez y media el IPREM (<-1 IPREM <- 1,5 IPREM)

󠇮 Igual o inferior a 1 vez el IPREM (<- 1 IPREM)

󠇮 Sin ingresos fijos

**V.- Vivienda:**

󠇮 Adecuada: Dispone de todos los suministros, equipamientos y adaptaciones para las barreras arquitectónicas internas y/o externas

󠇮 Inadecuada: Barreras arquitectónicas externas y/o falta algún equipamiento

󠇮 Inadecuada: Barreras arquitectónicas internas en el domicilio

󠇮 Inadecuada: Ausencia de vivienda, infravivienda o pérdida inminente de la vivienda

**DERECHOS, PRESTACIONES Y SERVICIOS SOCIALES:**

**I.- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia:**

* Servicio de prevención de la dependencia
* Servicio de promoción de la autonomía personal
* Servicio de teleasistencia
* Servicio de ayuda a domicilio
* Centro de Día
* Centro residencial
* Prestación económica de asistencia personal
* Prestación económica vinculada a un servicio
* Prestación económica para cuidados en el entorno familiar

**II.- Servicios de proximidad de las Entidades Locales:**

* Servicio de teleasistencia
* Servicio de ayuda a domicilio
* Servicio de comida a domicilio

**III.- Derechos por Discapacidad:**

* Deducciones, reducciones y exenciones fiscales
* Ayudas promoción vida autónoma
* Pensión No Contributiva
* Familia numerosa/monoparental
* Acceso a vivienda
* Vehículos / circulación
* Transporte

**IV.- Ayudas Técnicas:**

* Prestación ortoprotésica Servicio Cántabro de Salud
* Préstamo de productos de apoyo

**V.- Prestaciones Seguridad Social:**

* Asistencia sanitaria
* Incapacidad Temporal
* Incapacidad Permanente
* Jubilación
* Muerte y supervivencia (auxilio por defunción, viudedad, orfandad, a favor de familiares)

**VI.- Otros:**

**OBSERVACIONES:**

* **SI**
* **NO**
* **NO PROCEDE**

NOTA: Es importante que usted haya comprendido la totalidad de la información que se le ha facilitado en relación a los derechos, prestaciones y servicios sociales a los que puede tener acceso.

El/ la Trabajadora Social de referencia (Centro de Salud / Hospital) estará disponible para resolver cuantas dudas le surjan al respecto.

**En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**El/la Trabajador/a Social Hospital / Centro de Salud**

**Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**