**FICHA DE INFORMACIÓN SOCIAL BÁSICA**

**Fecha de elaboración:**

**Fecha de adhesión:**

**1.- Datos personales:**

**Nombre**:……………………………………………………………………………………………..

**Documento de identidad** …………………………………………………………………………..

**Sexo:** ……………………………………..

**Fecha de nacimiento:** ……………. …….. **Estado civil:** …………………………….

**Domicilio:** ……………………………………………………………………………………………

**Localidad:** ……………………………………………………………………………………………

**Municipio:** ……………………………………………………………………………………………

**Teléfono:** ……………………….

**Correo electrónico:**………………………………………………………………………………..

**Nº de la Seguridad Social:** ………………………………………………………………………….

**Persona de contacto**

* Nombre y apellidos:………………………………………………………………………
* Teléfono:…………………………………………………………………………………...
* Correo electrónico:…………………………………………………………………………
* Parentesco o tipo de relación (amistad, vecino…):…………………………………………

**2.- Otros datos de interés**

**Coordinador/a de caso social:**………………………………………………………………………

**CEAS de referencia:** …………………………………………………………………………………

**Coordinador/a de caso sanitario:**………………………………………………………………….

**Gestor/a de caso:**……………………………………………………………………………………

**3.- Información social:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hogar de Riesgo** | **Tipo:**  **HR1**  **HR2**  **HR3**  **HR4** | **Subtipo:**  **1  2**  **1  2  3**  **1  2  3**  **1  2  3** |

|  |  |
| --- | --- |
| **GRADO DE DEPENDENCIA** | **Sin dependencia**  **Grado 1**  **Grado 2**  **Grado 3**  **Pendiente valoración** |
| **Fecha de Resolución:** | **Expediente SAUSS:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXPEDIENTES DE DEPENDENCIA**  **EN TRAMITACION** | **Inicial nº expte………………………………....**  **Elección de prestaciones: ……………………..**  **Revisión de Grado nº expte……………………**  **Modificación de prestaciones nº expte………..**  **Elección de prestaciones: …………………….** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISCAPACIDAD** | **SI  NO**  **Grado: ……… %** | **Intelectual**  **Sensorial**  **Física**  **Enfermedad mental** |

**Deterioro cognitivo:** SÍ NO

**Núcleo de convivencia** (nº de convivientes, parentesco, calidad de la relación)

**Cuidadores/as:**

SÍ

NO

En caso de tener un/a cuidador/a:

¿Convive con la persona?..................................................................................

Tipo de relación (Hijo/a, cónyuge, amigo/a…):……………………………….

**Situación económica:**

Ingresos interesado/a:………………€ Procedencia de los ingresos:………………..

Ingresos cónyuge:…………………..€ Procedencia de los ingresos:………………..

**Prestaciones sociales (que recibe y/o tiene solicitadas):** …………………………………………………………………………………………………..

**4.- Información sanitaria relevante:**

**5.- Otra información relevante**