

Síntesi de l'informe social

Núm. d'expedient:

Data:

DADES PERSONALS I FAMILIARS

Nom i cognoms:

NIF: _____ Telèfons de contacte: _____ / _____

Adreça habitual:

Població: _____ CP: _____

Domicili permanent Rotació familiars Rotació centre/domicili

Persona de referència

Cuidador/a de referència Tutor/a legal Guarda de fet

Nom i cognoms:

DNI: _____ Telèfons de contacte: _____ / _____

A. ENTORN FÍSIC

Condicions de l'habitatge

- Solidesa i salubritat adequades
 Solidesa i salubritat acceptables
 Condicions que dificulten l'habitabilitat
 Condicions inacceptables per a l'habitabilitat

Mancances de les adaptacions

- Necessitats d'adaptacions interiors per a AVD
Possibilitat d'adaptació Sí No
 Barreres per a l'accessibilitat a l'exterior
Possibilitat d'adaptació Sí No

B. ESTRUCTURA DE SUPORT

Nucli de convivència

- Viu sol/a Viu en parella Viu amb familiars de primer grau Viu amb altres familiars Altres situacions
 Es detecta situació de descurança Es detecta situació d'aïllament social

Persona/es que assumeixen la cura i la intensitat horària (hores/mes)

- | | | | |
|--|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Cuidador/a familiar convivent | Hores/mes | <input type="checkbox"/> Cuidador/a remunerat/ada no convivent | Hores/mes |
| <input type="checkbox"/> Cuidador/a familiar no convivent | Hores/mes | <input type="checkbox"/> Cuidador/a remunerat/ada convivent | Hores/mes |
| <input type="checkbox"/> Cuidador/a professional remunerat/ada | Hores/mes | <input type="checkbox"/> Absència de cuidador/a | |

Valoració de l'estructura de suport

Capacitat cuidador/a

- Capaç
 Capaç amb reforç
 Risc claudicació
 Claudicació

Dèficits detectats

- Coneixements
 Habilitats
 Capacitat física
 Estat emocional

Cobertura atenció personal

- Suficient
 Insuficient
 Molt deficient

Suport mobilitat

- Requereix transport adaptat
 Suport insuficient per a desplaçaments a l'exterior

C. ALTRES SITUACIONS QUE CAL DESTACAR

Discapacitat psíquica
 Discapacitat sensorial
 Discapacitat física
 Trastorn mental sever
 Pluridiscapacitat o pluripatologia que combini dificultats físiques, psíquiques, sensorials i/o malaltia mental
 Persones amb trastorns de conducta i/o comprensió que dificultin la definició i el seguiment d'un pla de treball
 Persones desvinculades, amb dificultats per seguir un tractament, i que aquest incompliment suposi un risc
 Persones i/o famílies que, davant d'una situació de risc o de fragilitat, no acceptin l'ajuda, no en reconeguin la necessitat o no tinguin consciència de la seva necessitat
 Altres:

D. SERVEIS I PRESTACIONS SOCIALS I DE SALUT

Estat serveis/prestacions		En ús (data d'inici)	Suport públic	Servei privat
SALUT	Mitjana o llarga estada sociosanitària			
	Mitjana o llarga estada –alta dependència psiquiàtrica–			
	ATDOM			
	Pla serveis individualitzats (PSI salut mental)			
	PADES			
	Hospital de dia			
	Servei de rehabilitació comunitària en salut mental			
	Altres:			
SOCIAL	SAD Treballador/a familiar	Hores/mes		
	SAD Auxiliar de la llar	Hores/mes		
	Servei de suport a l'autonomia de la llar: hores/mes			
	Àpats a domicili			
	Menjador social			
	Teleassistència			
	Ajudes tècniques			
	Transport adaptat			
	Centre de dia			
	Centre residencial discapacitats			
	Llar residència / Llars amb suport en salut mental			
	Residència d'estada temporal			
	Centre ocupacional			
	Centre especial de treball			
	Escola d'integració / Escola especial			
	Altres:			
	Suport econòmic ("Viure en Família")			
	PIRMI			
	PUA			
	Altres:			

Espai reservat per a l'etiqueta

E. VALORACIÓ GLOBAL

Diagnòstic – Valoració social

Preferència expressada per la persona / la família

Disponibilitat de recursos

PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Nom i cognoms:

Servei/dependència:

Correu electrònic:

Telèfon:

Municipi:

CP:

Signatura del/de la professional i segell

ACORD PIA

1. DADES PERSONALS

Nom i cognoms:	NIF:	Data de naixement: / /	
Núm. d'expedient:	Data de registre sol·licitud: / /	Grau:	Nivell:

2. PROPOSTA DE PRESTACIONS, SERVEIS I COPAGAMENT DEL SCAAD

PROPOSTA DE PRESTACIÓ DE SERVEI		Codi S	Codi F	Aportació usuari/ària	Data efectivitat Data d'inici / Data fi	
<input type="checkbox"/>	Atenció domiciliària: h/mes : A.P: h/m A.Llar: h/m	-----	-----		/	
<input type="checkbox"/>	Teleassistència	-----	-----		/	
<input type="checkbox"/>	Centre de dia per a gent gran. Dies/mes: Jornada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M				/	
<input type="checkbox"/>	Centre de dia d'atenció persones amb discapacitat				/	
<input type="checkbox"/>	Centre residencial per a gent gran				/	
<input type="checkbox"/>	Centre residencial persones amb discapacitat / Llar residència				/	
<input type="checkbox"/>	Residència per a persones malaltia mental / Llar residència SM				/	
<input type="checkbox"/>	PAP: <input type="checkbox"/> Llarg est. CSS <input type="checkbox"/> Llarg estada S. mental		-----		/	
PROPOSTA DE PRESTACIÓ ECONÒMICA		Cost plaça	Codi S	Codi F	Aportació pública	Data efectivitat (1) Data d'inici / Data fi
<input type="checkbox"/>	Prest. vinculada servei de residència + prest.addicional					/
<input type="checkbox"/>	Prest. vinculada servei de residència sense addicional					/
<input type="checkbox"/>	Prest. vinculada a centre de dia					/
<input type="checkbox"/>	Prest. vinculada a SAD. h/mes : A.P: h/m A.Llar: h/m			-----		/
<input type="checkbox"/>	Cuidador/a no professional		-----	-----		/
<input type="checkbox"/>	Assistent personal: <input type="checkbox"/> acompanyament <input type="checkbox"/> suport personal		-----	-----		/

3. BAIXES I MODIFICACIONS DE LES PRESTACIONS. SISTEMA PÚBLIC SERVEIS SOCIALS

SERVEIS I PRESTACIONS ECONÒMIQUES QUE JA TENIA	Causa baixa SPSS	Es manté a SPSS	Data efectivitat
<input type="checkbox"/> Servei residencial social/ Llar residència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Servei de centre de dia. Dies/mes: Jornada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PAP a CSS: <input type="checkbox"/> Llarg estada <input type="checkbox"/> H. de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Servei d'atenció domiciliària. Hores/mes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Suport econòmic ("Viure en Família")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PUA: assistència domiciliària, assistent personal, CD, residència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Altres. Especifiqueu-ho:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. SERVEIS PÚBLICS/CONCERTATS A QUÈ HAURIA D'ACCEDIR QUAN HI HAGI DISPONIBILITAT

ÀMBIT:	<input type="checkbox"/> Gent gran	<input type="checkbox"/> Discapacitat/ada	<input type="checkbox"/> Salut mental	<input type="checkbox"/> Altres
SERVEI:	<input type="checkbox"/> Atenció domiciliària	<input type="checkbox"/> Teleassistència	<input type="checkbox"/> Centre de dia	<input type="checkbox"/> Centre residencial social

5. ACORD

He estat informat/ada i: Sí, estic d'acord amb la proposta No hi estic d'acord
 Motiu: segons al·legacions document adjunt full F

PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Nom i cognoms:	Telèfon:
Servei/dependència:	Municipi: CP:
Data de l'acord: / /	Periodicitat proposada per al seguiment: cada mesos
Signatura del/de la professional i segell	Nom i signatura de l'interessat/ada o repr.legal

Aquest acord és una proposta. És mitjançant la resolució administrativa dictada pels òrgans competents del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, que es reconeixeran formalment les prestacions del Sistema català d'autonomia i atenció a la dependència, en els termes i condicions establerts per la normativa aplicable.

Correcció:	Validació: tècnic/a i data
------------	----------------------------

MODIFICACIÓ ACORD PIA

1. DADES PERSONALS

Nom i cognoms:	NIF:	Data de naixement:	/	/	
Núm. d'expedient:	Data de registre sol·licitud:	/	/	Grau:	Nivell:

2. PROPOSTA DE PRESTACIONS, SERVEIS I COPAGAMENT DEL SCAAD

PROPOSTA DE PRESTACIÓ DE SERVEI	Codi S	Codi F	Aportació usuari/ària	Nou servei	Conti nuïtat	Modifi cativa	Baixa	Data efectivitat	
<input type="checkbox"/> Atenció domiciliària: h/mes : A.P: h/m A.Llar: h/m	-----	-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Teleassistència	-----	-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Centre de dia per a gent gran. Dies/mes: Jornada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Centre de dia d'atenció a persones amb discapacitat				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Centre residencial per a gent gran				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Centre residencial per a persones amb discapacitat / Llar residència				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Residència per a persones amb malaltia mental/ Llar residència SM				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> PAP : <input type="checkbox"/> Llarga estada CSS <input type="checkbox"/> Llarga estada SM		-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PROPOSTA DE PRESTACIÓ ECONÒMICA	Cost plaça	Codi S	Codi F	Aportació pública	Nova presta ció	Conti nuïtat	Modifi cativa	Baixa	Data efectivitat
<input type="checkbox"/> Prest. vinculada servei de residència + prest. adicional					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prest. vinculada servei de residència sense adicional					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prest. vinculada al centre de dia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prest. vinculada a SAD. h/mes : A.P: h/m A.Llar: h/m			-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cuidador/a no professional		-----	-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Assistent personal: <input type="checkbox"/> acompanyament <input type="checkbox"/> suport personal		-----	-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. BAIXES I MODIFICACIONS DE LES PRESTACIONS. SISTEMA PÚBLIC SERVEIS SOCIALS

SERVEIS I PRESTACIONS ECONÒMIQUES QUE JA TENIA	Causa baixa SPSS	Es manté a SPSS	Data efectivitat
<input type="checkbox"/> Servei residencial social / Llar residència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Servei de centre de dia . Dies/mes: Jornada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PAP CSS: <input type="checkbox"/> Llarga estada <input type="checkbox"/> H. de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Altres. Especifiqueu-ho:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. SERVEIS PÚBLICS/CONCERTATS A QUÈ HAURIA D'ACCEDIR QUAN HI HAGI DISPONIBILITAT

ÀMBIT:	<input type="checkbox"/> Gent gran	<input type="checkbox"/> Discapacitat/ada	<input type="checkbox"/> Salut mental	<input type="checkbox"/> Altres:
SERVEI:	<input type="checkbox"/> Atenció domiciliària	<input type="checkbox"/> Teleassistència	<input type="checkbox"/> Centre de dia	<input type="checkbox"/> Centre residencial social

5. ACORD

He estat informat/ada i: Sí, accepto aquesta proposta d'acord No hi estic d'acord.
 Motiu: segons al·legacions document adjunt full F

PROFESSIONAL DEL PIA I SEGUIMENT

Nom i cognoms:	Telèfon:
Servei/dependència:	Municipi: CP:
Data del nou acord: / /	Data de l'acord anterior: / /
Periodicitat proposada per al seguiment: cada mesos	
Signatura del/de la professional i segell	Nom i signatura de la persona interessada o repr. legal

Aquest acord és una proposta. És mitjançant la resolució administrativa dictada pels òrgans competents del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, que es reconeixen formalment les prestacions del Sistema català d'autonomia i atenció a la dependència, en els termes i condicions establerts per la normativa aplicable.

Correcció:	Validació: tècnic/a i data
------------	----------------------------

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SCAAD

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

Professional referent del PIA

B. IDENTIFICACIÓ DE PRESTACIÓ DE SERVEI PÚBLIC

SAD ENS LOCALS / CENTRES PROPIS, PLACES CONCERTADES I COL-LABORADORES

Nom de l'entitat local/centre/servei/empresa:	
Nom del/de la representant legal / responsable:	Càrrec:
CIF:	Núm. de registre: S
	Codi del centre: F
	Àmbit: <input type="checkbox"/> Persona amb discapacitat <input type="checkbox"/> Salut mental <input type="checkbox"/> Sociosanitari
Adreça:	
Població:	CP:
Telèfon:	Adreça electrònica:

SERVEI QUE ES PRESTA	Data d'inici del servei	Data de baixa del servei
<input type="checkbox"/> Servei d'atenció domiciliària : hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció personal : hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció a la llar : hores/mes Municipi on es presta el servei : <input type="checkbox"/> Servei de teleassistència		
<input type="checkbox"/> Servei residencial <input type="checkbox"/> Llar Residència <input type="checkbox"/> Propi <input type="checkbox"/> Gestió externa <input type="checkbox"/> Concertat <input type="checkbox"/> Col·laborador <input type="checkbox"/> Subvencionat		
<input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> Llarga estada a CSS: Aportació: . Data inici aportació (finalitza carència) <input type="checkbox"/> Llarga estada a Salut Mental		
<input type="checkbox"/> Centre de dia/ centre d'atenció diürna <input type="checkbox"/> Propi <input type="checkbox"/> Gestió externa <input type="checkbox"/> Concertat <input type="checkbox"/> Col·laborador <input type="checkbox"/> Subvencionat		

Data	Signatura i segell
------	--------------------

Espai reservat per a l'etiqueta

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

Professional referent del PIA

C. IDENTIFICACIÓ I COMPROMÍS DE L'EMPRESA EN CAS DE PRESTACIÓ ECONÒMICA VINCULADA A UN SERVEI – PLACES PRIVADES

Nom del centre/servei/empresa:		Càrrec:	
Nom del/de la representant legal / responsable:			
CIF:	Núm. de registre: S	Codi del centre: F	
	Àmbit: <input type="checkbox"/> Gent gran <input type="checkbox"/> Persona amb discapacitat <input type="checkbox"/> Salut mental <input type="checkbox"/> Altres		
Adreça:			
Població:		CP:	
Telèfon:		Adreça electrònica:	

SERVEI QUE PRESTA	Data d'acreditació del centre (PEV)	Data d'inici del servei	Data fi del servei	Import econòmic mensual del servei
<input type="checkbox"/> Residència estada permanent <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre concertat <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre col·laborador <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre privat acreditat (PEV)			
<input type="checkbox"/> Centre de dia : dies/mes: , Jornada: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre concertat <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre col·laborador <input type="checkbox"/> Plaça privada en centre privat acreditat (PEV)			
<input type="checkbox"/> Servei d'Ajuda a Domicili : Hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció personal : hores/mes <input type="checkbox"/> Atenció a la llar: hores/mes			

Data	Signatura i segell
------	--------------------

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SCAAD

Nom i cognoms: NIF:

Núm. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

D. PRESTACIÓ ECONÒMICA D'ASSISTÈNCIA PERSONAL

CONTRACTE LABORAL AMB LA PERSONA BENEFICIÀRIA(*)

Nom de l'assistent personal contractat:

Data de naixement: Sexe: home dona

NIF/NIE: Número SS: Numero de targeta sanitària (CIP)

Adreça:

Població: CP:

Telèfon: Adreça electrònica:

Data d'inici de prestació del servei: Canvi d'assistent personal previ Sí No

Dedicació: Completa Parcial. Hores/setmana

Perfil: Acompanyament Suport personal i integració

Em comprometo a realitzar la formació d'assistent personal

Data

Signatura

CONTRACTE DE SERVEIS A L'EMPRESA O EN RÈGIM D'AUTÒNOM (*)

Nom de l'empresa:

Nom del/de la representant legal / responsable:

Càrrec:

CIF:

Adreça:

Població: CP:

Telèfon: Adreça electrònica:

Data d'inici de la prestació de servei d'assistent personal:

Data

Signatura

OBSERVACIONS

(*) Cal adjuntar una còpia del contracte civil o laboral.

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Documentació complementària per a fer efectiva la prestació del SCAAD

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. d'expedient:

Data del registre de la sol·licitud:

D. 1. ACREDITACIÓ D'ACTIVITAT FORMATIVA PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA D'ASSISTÈNCIA PERSONAL

Nom del centre:

Nom del/de la representant legal / responsable:

Càrrec:

CIF DEL CENTRE:

Número de registre:

Adreça:

Població:

CP:

Telèfon:

Adreça electrònica:

(Nom i cognoms) ,

amb NIF ,

fa en aquest centre una activitat educativa dins d'un programa d'estudis de caràcter continuat, al llarg de tot el curs acadèmic i amb una durada de hores lectives, que està reconegut, homologat o autoritzat per l'autoritat competent i que s'imparteix a un centre públic o privat autoritzat legalment.

Autoritzo el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies a efectuar les consultes necessàries a l'efecte de comprovar que les dades declarades són certes, per tal d'assegurar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés al servei o prestació.

Si no voleu donar aquesta autorització, marqueu amb una X la casella

Data

Signatura i segell del centre

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SCAAD

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. d'expedient:

Data de registre de la sol·licitud:

D. 2. ACREDITACIÓ D'ACTIVITAT LABORAL PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA D'ASSISTÈNCIA PERSONAL

Nom de l'entitat:

Tipologia: Empresa ordinària Centre especial de treball Centre ocupacional

Nom del/de la representant legal / responsable:

Càrrec:

CIF de l'entitat:

Adreça:

Població:

Telèfon:

CP:

Adreça electrònica:

(Nom i cognoms) _____, amb NIF _____,

desenvolupa per a aquesta entitat o empresa una activitat laboral continuada al llarg del dia, amb una dedicació d _____ hores setmanals.

Autoritzo el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies a efectuar les consultes necessàries a l'efecte de comprovar que les dades declarades són certes, per tal d'assegurar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés al servei o prestació.

Si no voleu donar aquesta autorització, marqueu amb una X la casella

Data

Signatura i segell del centre/entitat

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Documentació complementària per fer efectiva la prestació del SAAD

Nom i cognoms:

NIF:

Núm. d'expedient:

E. PRESTACIÓ ECONÒMICA PER A CUIDADOR/A FAMILIAR NO PROFESSIONAL

Nom del/de la cuidador/a:	NIF/NIE:
Data de naixement:	Targeta sanitària (CIP)
Sexe: <input type="checkbox"/> home <input type="checkbox"/> dona	Número SS:
Nacionalitat:	
Adreça:	CP:
Població:	Adreça electrònica:
Telèfon:	
Relació amb la persona beneficiària:	
<input type="checkbox"/> Familiar. Grau parentesc:	
<input type="checkbox"/> Persona de l'entorn que resideix al mateix municipi o altre veí, durant un període previ superior a un any	
Conviu amb la persona amb dependència?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Data d'inici atenció com a cuidador/a : Canvi de cuidador/a previ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dedicació jornada laboral:	
<input type="checkbox"/> Completa (igual o superior a 40 hores/setmana)	
<input type="checkbox"/> Parcial (entre 20 i 40 hores/setmana) . Especifiqueu el total d'hores/setmana	
No està obligat a subscriure el conveni de cuidadors. Voluntàriament, el pot subscriure , si es fa càrrec de les cotitzacions de la Seguretat Social (RDL 20/2012).	
Formació: <input type="checkbox"/> Estudis primaris <input type="checkbox"/> Estudis secundaris <input type="checkbox"/> FP I <input type="checkbox"/> FP II <input type="checkbox"/> Estudis universitaris <input type="checkbox"/> Cap	
Darrers estudis cursats i finalitzats:	
Ha fet algun curs adreçat a cuidadors/ores no professionals? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Entitat que va impartir	
Durada: hores	
<input type="checkbox"/> Accepto participar en el Programa de formació i de suport a persones cuidadores no professionals.	
En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer "Sistema per l'autonomia i l'atenció a la dependència, en l'àmbit competencial del Departament". La finalitat del fitxer és la de gestionar els procediments de reconeixement de la situació de dependència i d'elaboració del programa individual d'atenció.	
Així mateix, us comuniquem que les vostres dades se cediran a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, d'acord amb la Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària; a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, d'acord amb el Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei general de la Seguretat Social, i a ens locals o entitats públiques, d'acord amb les seves competències vinculades en matèria de serveis socials.	
La unitat responsable del fitxer és la Direcció General de Protecció Social i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.	
Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Direcció General de Protecció Social per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a protecciosocial.tsf@gencat.cat i signat electrònicament amb el DNI electrònic o certificat digital reconegut).	
Amb la vostra signatura, autoritzeu la unitat responsable del fitxer per al tractament de les vostres dades amb les finalitats indicades.	
Data	
Signatura del/de la cuidador/a	
Signatura de l'interessat/ada o representant legal	
Signatura del/de la professional i segell	

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

SOL·LICITUD DE DOMICILIACIÓ DE LES PRESTACIONS ECONÒMIQUES

Dades d'identificació del/de la sol·licitant

NIF núm.	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Codi postal	Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)		
Municipi	Província		

Dades bancàries

Codi IBAN	Entitat	Oficina núm.	Dígits de control	Compte corrent	Denominació de l'entitat bancària
Adreça de l'agència (carrer, número, bloc, pis, porta)					
Codi postal	Municipi				Província

Diligència de conformitat de l'entitat

Aquestes dades coincideixen amb les existents en aquesta oficina.

Signat i segellat:

Signatura de la persona sol·licitant o representant legal

, d de

Comunicació del Departament a la persona sol·licitant:

En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer "Sistema per l'autonomia i l'atenció a la dependència, en l'àmbit competencial del Departament". La finalitat del fitxer és la de gestionar els procediments de reconeixement de la situació de dependència i d'elaboració del programa individual d'atenció.

Així mateix, us comuniquem que les vostres dades se cediran a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, d'acord amb la Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària; a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, d'acord amb el Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei general de la Seguretat Social, i a ens locals o entitats públiques, d'acord amb les seves competències vinculades en matèria de serveis socials.

La unitat responsable del fitxer és la Direcció General de Protecció Social i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.

Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Direcció General de Protecció Social per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a protecciosocial.tsf@gencat.cat i signat electrònicament amb el DNI electrònic o certificat digital reconegut).

Amb la vostra signatura, autoritzeu la unitat responsable del fitxer per al tractament de les vostres dades amb les finalitats indicades.

Espai reservat per a l'etiqueta

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

F. DOCUMENT D'AL·LEGACIONS

He estat informat i presento les al·legacions següents:

Nom, cognoms i signatura

PROGRAMA INDIVIDUAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Documentació complementària per a fer efectiva la prestació del SCAAD

Núm. d'expedient:

DECLARACIÓ JURADA DE LA PERSONA SOL·LICITANT O REPRESENTANT LEGAL

(Nom i cognoms) _____, amb NIF _____, Declaro:

- NO TENIR I/O PERCEBRE cap tipus d'ingrés.
- NO TENIR I/O PERCEBRE prestacions i/o pensions que es trobin exemptes de tributació a les normes reguladores de l'impost sobre la renda de les persones físiques (IRPF).
- NO PERCEBRE prestacions de règims públics de protecció social de naturalesa i finalitat a les prestacions del SCAAD.
- TENIR ingressos procedents de:(*)
- Incapacitat permanent absoluta o gran invalidesa
 - Jubilació: derivada de gran invalidesa o d'incapacitat permanent absoluta
 - Pensió d'orfenesa
 - Pensió a favor de familiars per incapacitat absoluta del seu titular
 - Prestacions derivades d'actes de terrorisme
 - Invalidesa SOVI
 - Protecció familiar:prestació fill a càrrec>18anys i amb minusvalidesa superior al 65% o 75%
 - PNC invalidesa
 - LISMI
 - Altres. Especifiqueu-ho:
- Les dades facilitades de l'AEAT no són aplicables perquè no corresponen amb la situació socioeconòmica actual:(*)
- Canvi en rendiments del treball (p.ex abans treballava i ara cobra pensió)
 - No és titular de la declaració (altres membres de la unitat familiar)
 - Viduïtat/separació/divorci

Autoritzo el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària i a la Tresoreria General de la Seguretat Social a l'efecte de comprovar que les dades declarades són certes, per tal d'assegurar que es compleixen les condicions requerides per a l'accés al servei o prestació.

Si no voleu donar aquesta autorització, marqueu amb una X la casella

Data

Signatura de la persona sol·licitant o representant legal

(*) Si es trobés en algun d'aquests supòsits, caldrà adjuntar el certificat d'ingressos de l'organisme corresponent (Seguretat Social, Muface, Hisenda, etc.), excepte les persones beneficiàries de PNC i LISMI.