

SOLICITUD DE ACCESO DE NUEVA/S PERSONA/S USUARIA/S A UN EXPEDIENTE YA ABIERTO EN EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

1. DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL SERVICIO

Apellido 1				Apellido 2			
Nombre			Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	DNI		Estado civil
Dirección				Bloque	N.º	Bis	Esc.
		Piso	Mano	Puerta			
Municipio	Código postal	Teléfono domicilio	Teléfono móvil		Teléfono trabajo		Correo electrónico
Fecha de nacimiento				N.º Seguridad Social			
Médico/a que le atiende:					Centro de salud		

2. DATOS DE LA/S NUEVA/S PERSONA/S SOLICITANTE/S DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA (PERSONA/S USUARIA/S NO TITULAR/ES DEL SERVICIO)

1.ª persona usuaria

Apellido 1				Apellido 2			
Nombre			Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	DNI		Estado civil
Fecha de nacimiento	Teléfono domicilio	Teléfono móvil		Teléfono trabajo		N.º Seguridad Social	
Médico/a que le atiende:					Centro de salud		

2.ª persona usuaria

Apellido 1				Apellido 2			
Nombre			Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	DNI		Estado civil
Fecha de nacimiento	Teléfono domicilio	Teléfono móvil		Teléfono trabajo		N.º Seguridad Social	
Médico/a que le atiende:					Centro de salud		

3.ª persona usuaria

Apellido 1				Apellido 2			
Nombre			Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	DNI		Estado civil
Fecha de nacimiento	Teléfono domicilio	Teléfono móvil		Teléfono trabajo		N.º Seguridad Social	
Médico/a que le atiende:					Centro de salud		

4.ª persona usuaria

Apellido 1		Apellido 2			
Nombre		Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	DNI	Estado civil
Fecha de nacimiento	Teléfono domicilio	Teléfono móvil		Teléfono trabajo	N.º Seguridad Social
Médico/a que le atiende:				Centro de salud	

3. NUEVAS PERSONAS DE CONTACTO (RELLÉNESE SOLO EN EL CASO DE QUERER ACTUALIZAR LAS YA EXISTENTES EN EL EXPEDIENTE ABIERTO AL QUE SE VA A ACCEDER, POR ORDEN DE PRIORIDAD SEGÚN DISPONIBILIDAD Y CERCANÍA DE LLAVES)**1.ª persona de contacto o representante**

Apellido 1		Apellido 2			
Nombre	Vínculo con el o la solicitante	Posee copia de llaves del domicilio de la persona usuaria: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DNI	
Dirección			N.º	Piso	Puerta
Municipio	Código postal	Provincia		Correo electrónico	
Teléfono domicilio		Teléfono móvil		Teléfono trabajo	

2.ª persona de contacto

Apellido 1		Apellido 2			
Nombre	Vínculo con el o la solicitante	Posee copia de llaves del domicilio de la persona usuaria: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DNI	
Dirección			N.º	Piso	Puerta
Municipio	Código postal	Provincia		Correo electrónico	
Teléfono domicilio		Teléfono móvil		Teléfono trabajo	

3.ª persona de contacto

Apellido 1		Apellido 2			
Nombre	Vínculo con el o la solicitante	Posee copia de llaves del domicilio de la persona usuaria: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DNI	
Dirección			N.º	Piso	Puerta
Municipio	Código postal	Provincia		Correo electrónico	

Teléfono domicilio	Teléfono móvil	Teléfono trabajo
--------------------	----------------	------------------

4.ª persona de contacto

Apellido 1		Apellido 2		
Nombre	Vínculo con el o la solicitante	Posee copia de llaves del domicilio de la persona usuaria: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DNI	
Dirección		N.º	Piso	Puerta
Municipio	Código postal	Provincia		Correo electrónico
Teléfono domicilio	Teléfono móvil	Teléfono trabajo		

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, **LE INFORMAMOS** de que los datos recogidos en esta solicitud así como los que se deriven del procedimiento para la resolución de lo solicitado se integrarán en un fichero informatizado de carácter personal para su tratamiento. El responsable de dicho fichero es D. Pedro Fernández de Larrinoa Palacios, Director General para la Promoción de la Autonomía Personal del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Usted tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección: camino de Ugasko n.º 3 bis, 48014 Bilbao.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que los datos que se integren en el fichero informatizado de carácter personal al que se refiere el párrafo anterior se utilicen para la producción de estadísticas e investigación científica y para el ejercicio de las funciones propias del Departamento de Acción Social derivadas de la normativa reguladora y legislación concordante relacionadas con la presente solicitud.

Asimismo **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que los datos reflejados en esta solicitud y en la documentación adjunta puedan ser cedidos al Departamento de Interior de Gobierno Vasco (SOS-Deiak), y a la entidad adjudicataria del desarrollo del servicio de teleasistencia de la Diputación Foral de Bizkaia.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para realizar todas las consultas, así como para solicitar y facilitar datos e informes, al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) o a otras entidades sanitarias y administraciones públicas de naturaleza social, que fueran necesarias con relación a la situación sanitaria y social de las personas solicitantes.

Igualmente, **AUTORIZO** al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para realizar todas las consultas que fueran necesarias en los ficheros del Departamento Foral de Hacienda y Finanzas y en los correspondientes a otras agencias tributarias y en el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a fin de comprobar la situación económico-patrimonial de las personas solicitantes y realizar una correcta liquidación del precio público que, en su caso, me corresponda abonar.

(Todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.)

Asimismo, me comprometo a cumplir con las siguientes **OBLIGACIONES**:

- Facilitar correctamente los datos necesarios para la concesión y prestación del servicio de teleasistencia, así como responsabilizarme de su veracidad.
- Comunicar al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia cualquier variación en mis circunstancias personales, económico-patrimoniales y del núcleo convivencial que pudiera afectar a las condiciones de prestación del servicio.

- Facilitar el acceso a mi domicilio al personal de los recursos comunitarios que acudan a él ante una situación de emergencia.
- Facilitar al personal del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia o, en su caso, al personal de la entidad adjudicataria del desarrollo del servicio de teleasistencia de la Diputación Foral de Bizkaia, la entrada en mi domicilio, previo aviso de la visita, con la finalidad de proceder a la instalación, mantenimiento y retirada de los equipos, así como a la realización de actuaciones de seguimiento y comprobación de la situación sociosanitaria de riesgo que determina la prestación del servicio.
- No manipular ni alterar en modo alguno la instalación y programación del equipo de teleasistencia, así como mantenerlo en buenas condiciones de uso y utilizarlo de acuerdo con las instrucciones de uso recibidas.
- Abonar el correspondiente precio público por las prestaciones del servicio de teleasistencia recibidas de conformidad con la normativa foral que lo regula.
- Finalmente, entregar las llaves de mi domicilio a la persona o entidad que señale expresamente en la presente solicitud con la finalidad de facilitar la entrada en caso de emergencia.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma de la persona usuaria titular del servicio	Firma de la persona representante legal
Firma de la persona solicitante (nueva usuaria del servicio)	Firma de la persona representante legal
Firma de la persona solicitante (nueva usuaria del servicio)	Firma de la persona representante legal
Firma de la persona solicitante (nueva usuaria del servicio)	Firma de la persona representante legal

(PARA QUE PRODUZCA EFECTOS LA SOLICITUD DEBE ESTAR DEBIDAMENTE FIRMADA TANTO POR LA PERSONA TITULAR DEL SERVICIO COMO POR LAS NUEVAS PERSONAS USUARIAS O POR SUS REPRESENTANTES LEGALES EN SU CASO.)

4. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

- Fotocopia del DNI de las personas solicitantes.
- Certificado de empadronamiento de las personas solicitantes.
- Certificado de convivencia de los miembros de la unidad de convivencia.
- Fotocopia de la tarjeta individual sanitaria (TIS) de las personas solicitantes.
- Ficha sanitaria de las personas solicitantes.
- Reconocimiento de la situación de dependencia, en su caso, de las personas solicitantes.
- Certificado de minusvalía, en su caso, de las personas solicitantes.



FICHA SANITARIA DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA¹

- Informe realizado por el médico o médica _____
colegiado o colegiada en _____ con el n.º _____
- Nombre y apellidos de la persona solicitante del servicio de teleasistencia _____,
DNI _____
- Problemas de salud más importantes:
 - A) _____ E) _____
 - B) _____ F) _____
 - C) _____ G) _____
 - D) _____ H) _____

Observaciones:

- Medicación habitual:
 - A) _____ E) _____
 - B) _____ F) _____
 - C) _____ G) _____
 - D) _____ H) _____

Observaciones:

- Deambulación:
 - sin ayuda (solo o sola)
 - con ayuda técnica: con bastón con andador con silla de ruedas
 - con ayuda de otra persona
 - encamamiento
- Capacidad cognitiva:
 - normal deterioro cognitivo leve-moderado deterioro cognitivo grave-muy grave
- Sentidos:

	VISIÓN	AUDICIÓN	LENGUAJE
Normal o déficit leve			
Déficit moderado o grave con adaptación			
Déficit total			

Observaciones:

En _____, a _____ de _____ de 20

Firma del médico o médica

¹ RELLÉNESE CON LETRA LEGIBLE, CON MAYÚSCULAS O UTILIZANDO MÁQUINA DE ESCRIBIR U ORDENADOR.



INFORME SOCIAL

Informe del trabajador o trabajadora social D./Dña. _____
_____ del Ayuntamiento de _____ de la Unidad de Base de
_____ con teléfono _____, correo electrónico _____
_____, en relación con la solicitud del servicio de teleasistencia de las siguientes PERSONAS:

TITULAR: D/Dña. _____, con DNI _____

NUEVA USUARIA 1: D/Dña. _____, con DNI _____

NUEVA USUARIA 2: D/Dña. _____, con DNI _____

NUEVA USUARIA 3: D/Dña. _____, con DNI _____

NUEVA USUARIA 4: D/Dña. _____, con DNI _____

1. URGENTE NO SÍ (indíquense los motivos)

- aislamiento social
- aislamiento familiar
- antecedentes de caídas (identifíquense) _____
- proceso de duelo
- situaciones de convalecencia (identifíquense) _____
- otros (especifíquense) _____

2. SITUACIÓN CONVIVENCIAL DE LAS PERSONAS USUARIAS QUE COMPONEN LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

- A) VIVEN SOLAS
 VIVEN ACOMPAÑADAS:

Composición de la unidad de convivencia:

Nombre y apellidos	DNI	Vínculo con el o la solicitante	Son beneficiarios/as del servicio de teleasistencia	Reconocimiento de la situación de dependencia	Certificado de minusvalía	Computa a efectos del precio público
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

B) PASAN SOLAS GRAN PARTE DE LA:
 MAÑANA TARDE NOCHE

C) RELACIÓN CON LAS PERSONAS DE SU ENTORNO FAMILIAR:
 BUENA ACEPTABLE MALA SIN RELACIÓN

3. RECURSOS Y SERVICIOS QUE UTILIZA/N LA/S NUEVA/S PERSONA/S USUARIA/S
 (inclúyanse también los datos relativos al titular y personas usuarias anteriores SOLO en el caso de haberse producido algún cambio)

	Nueva U1	Nueva U2	Nueva U3		
Teleasistencia privada					
Servicio de ayuda a domicilio público. Días/horas					
Servicio de ayuda a domicilio privado. Días/horas					
Centro de día o centro de noche					
Centro residencial temporal					
Servicio de asistencia personal. Días/horas					
Ninguno					

4. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL DE LA/S NUEVA/S PERSONA/S USUARIA/S
 (inclúyanse también los datos relativos al titular y personas usuarias anteriores SOLO en el caso de haberse producido algún cambio)

NUEVA U1 (nombre y apellidos):	NUEVA U2 (nombre y apellidos):
<p>¿La persona beneficiaria fuma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta algún problema auditivo severo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta problemas de comunicación oral, laringectomía, traqueotomía, afasia, etc.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha caído en alguna ocasión en el domicilio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Ha permanecido caído en el suelo un periodo superior a: <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> > 6 horas</p> <p>¿Pierde el conocimiento llegando a caerse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Alguna vez se ha dejado olvidado algún recipiente en el fuego? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Alguna vez se ha dejado el gas abierto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta inicio de demencia, alzheimer? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿En alguna ocasión se ha perdido en la calle? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿La persona beneficiaria fuma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta algún problema auditivo severo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta problemas de comunicación oral, laringectomía, traqueotomía, afasia, etc.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha caído en alguna ocasión en el domicilio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Ha permanecido caído en el suelo un periodo superior a: <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> > 6 horas</p> <p>¿Pierde el conocimiento llegando a caerse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Alguna vez se ha dejado olvidado algún recipiente en el fuego? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Alguna vez se ha dejado el gas abierto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta inicio de demencia, alzheimer? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿En alguna ocasión se ha perdido en la calle? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

NUEVA U3 (nombre y apellidos):	(nombre y apellidos):
<p>¿La persona beneficiaria fuma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta algún problema auditivo severo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta problemas de comunicación oral, laringectomía, traqueotomía, afasia, etc.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha caído en alguna ocasión en el domicilio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Ha permanecido caído en el suelo un periodo superior a: <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> > 6 horas</p> <p>¿Pierde el conocimiento llegando a caerse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Alguna vez se ha dejado olvidado algún recipiente en el fuego? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Alguna vez se ha dejado el gas abierto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta inicio de demencia, alzheimer? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿En alguna ocasión se ha perdido en la calle? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿La persona beneficiaria fuma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta algún problema auditivo severo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta problemas de comunicación oral, laringectomía, traqueotomía, afasia, etc.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha caído en alguna ocasión en el domicilio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Ha permanecido caído en el suelo un periodo superior a: <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> > 6 horas</p> <p>¿Pierde el conocimiento llegando a caerse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Alguna vez se ha dejado olvidado algún recipiente en el fuego? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Alguna vez se ha dejado el gas abierto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Presenta inicio de demencia, alzheimer? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿En alguna ocasión se ha perdido en la calle? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

5. RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

¿Ha fallecido algún familiar cercano en el último año?

NO SÍ Especifíquese el vínculo _____

¿Tiene encuentros o visitas de familiares?

todos los días semanalmente mensualmente esporádicamente nunca

¿Tiene encuentros o visitas de amistades?

todos los días semanalmente mensualmente esporádicamente nunca

Frecuencia de las salidas a la calle (inclúyanse también los datos relativos al titular y personas usuarias anteriores SOLO en el caso de haberse producido algún cambio):

	NUEVA U1	NUEVA U2	NUEVA U3			
todos los días						
semanalmente						
mensualmente						
esporádicamente						
nunca						

¿Pasa periodos largos en el domicilio sin que nadie les visite?

NO SÍ > 3 días
 > 1 semana
 > 1 mes

