

SERVIZO DE TELEASISTENCIA DOMICILLIARIA

Documentación para trámite

A) SOLICITUDES

Os profesionais dos Servizos Sociais de Atención Primaria, coidarán de que se cubran tódolos impresos que compoñen o expediente de solicitude de teleasistencia para o **usuario titular**: **S1, S2, S3; U1, U2, U3, U4, U5; V1 e V2**, en tódolos seus apartados.

No caso de que haxa un expediente con **usuarios adicionais**, dependentes do usuario titular, ademais de facelo constar incluíndoos no documento **S1**, deberánse cubrir tamén os documentos **U1, U2 e U5**, por cada un dos usuarios adicionais.

Os documentos citados, que constitúen o expediente de solicitude, deberán remitirse, **por duplicado** (orixinal e copia) desde o concello á deputación, a través dos rexistros oficiais de ámbalas dúas Administracións.

B) PARTES DE MOVEMENTOS DOS USUARIOS

* **Parte de baixa definitiva.**

Desde o concello, remitirase por correo, a notificación da baixa definitiva no servizo, asinada polo alcalde, no impreso **P.B**.

* **Parte de suspensión temporal do servizo**

Desde o concello, remitirase, a notificación da suspensión temporal do servizo, asinada polo alcalde, no impreso **P.S.T**.

Nota:

Calquera destes dous partes de notificación poderanse anticipar por fax (ó 981-183340), independentemente do seu envío por correo, co fin de axilizar os trámites e evitar custos económicos innecesarios, toda vez que o usuario ou usuaria xa non está a utilizar o servizo.



DEPUTACIÓN PROVINCIAL DA CORUÑA

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

(Programa Provincial)

EXPEDIENTE DE USUARIOS

Concello de: _____

Usuario titular: _____

Usuarios adicionais: _____

SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA S.1

REMISIÓN DE SOLICITUDES

Ilmo. Sr.

Este Excmo. **Concello de**
realizou o estudo das solicitudes presentadas para que lles sexa concedido o servicio de
Teleasistencia Domiciliaria e que se relacionan a continuación:

Apelidos _____ Nome _____

Adxúntase a seguinte documentación: INFORME SOCIAL, FICHA XERAL DO
USUARIO e DOCUMENTACIÓN RESTANTE REQUIRIDA, de cada un dos usuarios que
se relacionan, para que se proceda a da-la ALTA no citado SERVICIO.

_____, de _____ de _____
O Alcalde:

EXCMO. SR. PRESIDENTE DA EXCMA. DEPUTACIÓN PROVINCIAL DA CORUÑA

SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA S.2

SOLICITUDE

PARA CUBRI-LO USUARIO TITULAR

D/D.^a _____ con DNI _____

domiciliado en _____ rúa _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Solicita acollerse ó Servicio de Teleasistencia Domiciliaria como Titular

PARA CUBRIR SÓ NO CASO DE QUE EXISTA UN PRIMER USUARIO ADICIONAL

D/D.^a _____ con DNI _____

co mesmo domicilio có titular, solicita acollerse ó Servicio de Teleasistencia Domiciliaria como:

– Usuario con pulseira

– Usuario sen pulseira

PARA CUBRIR SÓ NO CASO DE QUE EXISTA UN SEGUNDO USUARIO ADICIONAL

D/D.^a _____ con DNI _____

co mesmo domicilio có titular, solicita acollerse ó Servicio de Teleasistencia Domiciliaria como:

– Usuario con pulseira

– Usuario sen pulseira

Comprométense a cumpri-las normas de funcionamento do dito servicio, (*así como a aboa-la contía que lle puidera corresponder segundo as ordenanzas municipais, a cal se aboará mediante a domiciliación bancaria que autorizan*).

_____, _____ de _____ de _____

O titular,

1º usuario adicional

2º usuario adicional

ILMO. SR. PRESIDENTE DA DEPUTACIÓN PROVINCIAL DA CORUÑA

Nota: Á presente solicitude acompañarase a documentación requirida.

INFORME SOCIAL

Traballador/a que emite o informe:

Nº Colexiado

SITUACIÓN PERSOAL E FAMILIAR:

SITUACIÓN ECONÓMICA:

SAÚDE:

Non ten recoñecido grado de dependencia
Valoración de dependencia en trámite

VIVENDA:

RELACIÓNS SOCIO-FAMILIARES:

OCIO E TEMPO LIBRE:

XUSTIFICACIÓN DA DEMANDA E VALORACIÓN PROFESIONAL:

Data e sinatura:

DATOS PERSOAIS DO USUARIO

Data Solicitud	Data Alta	Data Inicio	Apellidos	Nome

Sexo	D.N.I.	Data Nacem.	Idade	Estado Civil	Estudos/Formación
<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller					

Tipoloxía do Usuario			Tipo de Usuario		
MAIOR <input type="checkbox"/>	DISCAPACITADOS <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>	TITULAR	ADIC.CON.PULSEIRA	ADIC.SEN.PULSEIRA

Enderezo	Teléfono	Fax	Cód. Postal

Concello	Parroquia	Lugar	Barrio

OBSERVACIÓNS:

Datos de Convivencia

- Só
- Cónxuxe
- Familiar ancián
- Fillos
- Amigos
- Outros

COBERTURA SANITARIA PÚBLICA DO USUARIO: _____

(Nome e apelidos)

Atención Primaria

Centro de Saúde		Teléfono:	Enderezo:
Servicio de Urgencia		Teléfono:	Enderezo:
Número de Afiliación			

Médicos que o atenden

Especialidade	Nome	Teléfono	Horario	Enderezo
Médico cabeceira				

Atención Hospitalaria

Hospital de Referencia		Teléfono:	Enderezo:
Observacións			

Hospitais onde foi ingresado

Hospital	Data de Ingreso	Data Alta	Servicio no que foi ingresado	Historial

COBERTURA SANITARIA PRIVADA DO USUARIO: _____
 (Nome e apelidos)

Compañía	Número Asegurado	Data de caducidade

Información Adicional

CONTACTOS PROPIOS DO USUARIO

Prioridade	Nome	Teléfono	Tel. móvil	Chaves	Enderezo Casa	Concello
	Enderezo traballo		Tel. traballo	Horario		Parentesco ou Relación

Prioridade	Nome	Teléfono	Tel. móvil	Chaves	Enderezo Casa	Concello
	Enderezo traballo		Tel. traballo	Horario		Parentesco ou Relación

Prioridade	Nome	Teléfono	Tel. móvil	Chaves	Enderezo Casa	Concello
	Enderezo traballo		Tel. traballo	Horario		Parentesco ou Relación

Protocolo de Actuación (Observacións)

SERVICIO DE TELEASISTENCIA**U.4****DATOS DO USUARIO:** _____

(Nome e apelidos)

COBERTURA SOCIAL

Tipo de axuda que recibe	Entidade	Teléfono	Frecuencia da axuda	Días	Horario
SS. SS Municipais					
Axuda a domicilio básica					
S.A.D. privada					
Comida a domicilio					
Asistencia a centro de día					
Transporte adaptado					
Outros					

Recursos da zona

Entidade	Teléfono	Localidade
Protección Civil		
Centro Saúde		
Policía Municipal		
Garda Civil		
Bombeiros		
OUTROS		

Observacións

Protocolos especiais de actuación (Descrición)

DATOS DO ESTADO DE SAÚDE DO USUARIO: _____

(Nome e apelidos)

DISCAPACIDADE FUNCIONAL	DIAGNÓSTICO CLÍNICO						CONTROL DE ESFÍNTERES		
<input type="checkbox"/> Válese <input type="checkbox"/> Necesita axuda <input type="checkbox"/> Axuda total							Incontinencia Urinaria <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial		
DISCAPACIDADE PSÍQUICA <input type="checkbox"/> Válese <input type="checkbox"/> Necesita axuda <input type="checkbox"/> Axuda total							Incontinencia Fecal <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial		
SENTIDOS	ALERXIAS						DISCAPACIDADE PSÍQUICA		
OÍDO <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal							<input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Inseguridade <input type="checkbox"/> Desorientación		
VISTA <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal							<input type="checkbox"/> Agresividade		
FALA <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal							<input type="checkbox"/> Soidade <input type="checkbox"/> Axitación <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Outras		
		TRATAMENTO							
		Peso do Usuario:		< 80 Kg.		De 80 a 100 Kg.		> 100 Kg.	

Toma de datos realizada por: Colexiado.....N.º do Colexiado.....Data...../...../.....Sinatura.....

Sello

A cubrir pola Empresa
Nº de Terminal

SERVICIO DE TELEASISTENCIA DATOS DA VIVENDA

IDENTIFICACION DO USUARIO

APELIDOS			NOME		
ENDEREZO DA INSTALACIÓN	CONCELLO	CÓD. POSTAL	PARROQUIA	TELÉFONOS	

DATOS DA VIVENDA

TIPO DE VIVENDA			SERVICIOS DA VIVENDA					
<input type="checkbox"/> EDIFICIO DE VECIÑOS	<input type="checkbox"/> VIVENDA UNIFAMILIAR AISLADA	<input type="checkbox"/> CALEFACCIÓN	<input type="checkbox"/> AUGA CORRENTE	<input type="checkbox"/> AUGA QUENTE	<input type="checkbox"/> MALA ILUMINACIÓN			
<input type="checkbox"/> CASA PREFABRICADA	<input type="checkbox"/> VIVENDA UNIFAMILIAR URBANA	<input type="checkbox"/> W.C.	<input type="checkbox"/> HUMIDADES	<input type="checkbox"/> GOTEIRAS	<input type="checkbox"/> MALA VENTILACIÓN			
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DO EDIFICIO								
<input type="checkbox"/> ASCENSOR	<input type="checkbox"/> BARREIRAS ARQUITECTONICAS	¿ONDE?						
<input type="checkbox"/> TRASL. EN PADIOLA	<input type="checkbox"/> BOCAS CONTRA INCENDIOS	SITUACION:			SAÍDAS DE EMERXENCIA:			
<input type="checkbox"/> PORTEIRO AUTOMÁTICO	<input type="checkbox"/> CONSERJE	<input type="checkbox"/> PORTEIRO	NOME:			TELF.:	HORARIO:	
SERVICIOS QUE HA DESTACAR ANTE EMERXENCIAS								
Servicio		Situación chave xeral	Situación chave vivenda	Compañía		Teléf. Urxencias		
<input type="checkbox"/> Gas	Tipo:							
<input type="checkbox"/> Luz	Voltaxe:							
<input type="checkbox"/> Auga								
DISPOSITIVOS DE SEGURIDADE ALLEOS Ó SERVICIO DE TELEASISTENCIA								
ELEMENTO		N.º DE UNIDADES	SITUACIÓN					
ANIMAIS DE COMPAÑÍA								
Tipo de animal:		Nome:	Agresivo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON			

SERVICIO DE TELEASISTENCIA
AUTORIZACIÓN DE ACCESO Á VIVENDA

V.2

D....., con D.N.I. n.º.....e
endereço en....., autoriza expresamente a:

- Que o persoal de EUXA, S.A., acceda á súa vivenda e lle instale o terminal de teleasistencia.
- Igualmente, a empresa queda expresamente autorizada polo usuario ante unha situación de alarma, valorada libremente polo persoal da empresa, a:
 - * Entrar na súa vivenda por calquera medio ó seu alcance, superando e/ou derrubando os obstáculos que impidan a entrada, co fin de presta-la asistencia necesaria.
 - * Solicitar a organismos de salvamento, seguridade pública ou sanitarios, para que acudan e entren na vivenda co mesmo fin de prestar asistencia.
 - * A gravación das conversacións que se realicen entre o usuario e o Centro de Atención.

A empresa non se fai responsable dos danos e desperfectos que poida causar na vivenda con motivo do acceso e entrada a ela ante unha situación de alarma.

Sinatura do solicitante

PARTE DE MOVEMENTOS DOS USUARIOS

Ilmo. Sr:

Este Excmo. Concello de _____
 notifica a baixa definitiva do usuario/a do servizo de teleasistecia que a continuación se cita:

Apelidos

Nome

Motivo da baixa:

	Petición do interesado
	Obtención do recurso de teleasistencia por outros medios
	Traslado de domicilio propio a outro concello
	Traslado a vivir con familiares ou amigos
	Ingreso nun centro residencial
	Solución do problema
	Falecemento
	Non aceptar as condicións do servizo
	Outros

O que se lle comunica para os efectos oportunos.

_____, _____ de _____ de _____

O alcalde:

EXCMO. SR. PRESIDENTE DA EXCMA. DEPUTACIÓN DA CORUÑA

PARTE DE MOVEMENTOS DOS USUARIOS

Ilmo. Sr:

Este Excmo. Concello de _____
notifica a suspensión temporal do usuario/a do servizo de teleasistencia que a continuación se cita:

Apelidos

Nome

Motivo da suspensión temporal:

- Petición do interesado
- Traslado de domicilio propio
- Traslado temporal para convivir con familiares ou amigos
- Ingreso nun centro residencial
- Ingreso hospitalario
- Enfermidade
- Vacacións ou viaxes
- Problema de infraestruturas e equipos
- Outros

O que se lle comunica para os efectos oportunos.

_____, _____ de _____ de _____

O alcalde:

EXCMO. SR. PRESIDENTE DA EXCMA. DEPUTACIÓN DA CORUÑA