

# 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 estudio das solicitudes presentadas para que lles sexa concedido o servizo 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.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 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  Incontinencia Fecal <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							DISCAPACIDADE PSÍQUICA
SENTIDOS	ALERXIAS						<input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Inseguridade <input type="checkbox"/> Desorientación <input type="checkbox"/> Agresividade <input type="checkbox"/> Soidade <input type="checkbox"/> Axitación <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Outras
OÍDO <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal	TRATAMENTO						
VISTA <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal							
Peso do Usuario:			<input type="checkbox"/> < 80 Kg.		<input type="checkbox"/> De 80 a 100 Kg.		<input type="checkbox"/> > 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:

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

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