

Aquest document pot presentar-se quan no vaja a aportar l'informe de factors contextuais/ambientals elaborat per el/la treballador/a social dels serveis socials d'atenció primària o del sistema sanitari / Este documento puede presentarse cuando no vaya a aportar el informe de factores contextuales/ambientales elaborado por el/la trabajador/a social de los servicios sociales de atención primaria o del sistema sanitario.

**A DADES D'IDENTIFICACIÓ
DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIF / NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO		
ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL	SITUACIÓ LABORAL I OCUPACIÓ / SITUACIÓN LABORAL Y OCUPACIÓN			

**B DADES D'IDENTIFICACIÓ DE LA REPRESENTANT LEGAL I/O GUARDADOR/A DE FET
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA REPRESENTANTE LEGAL Y/O GUARDADOR/A DE HECHO**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF / NIE
---------------------	--------------	-----------------

**C DADES DE LA UNITAT FAMILIAR I SITUACIÓ ECONÒMICA
DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR Y SITUACIÓN ECONÓMICA**

NOM I COGNOMS NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	EDAT EDAD	RELACIÓ RELACIÓN	CONVIVÈNCIA SI O NO CONVIVENCIA SI O NO

INGRESSOS ECONÒMICS TOTALS DE LA UNITAT FAMILIAR:
INGRESOS ECONÓMICOS TOTALES DE LA UNIDAD FAMILIAR:

De la persona sol·licitant: _____ D'altres persones de la unitat familiar: _____
De la persona solicitante: _____ De otras personas de la unidad familiar: _____

Total ingressos unitat familiar: _____
Total ingresos unidad familiar: _____

DESPESES RELACIONADES AMB LA DISCAPACITAT. ESPECIFICAR:
GASTOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD, ESPECIFICAR:

**D DADES RELACIONADES AMB LA SEUA SITUACIÓ DE MALALTIA
DATOS RELACIONADOS CON SU SITUACIÓN DE ENFERMEDAD**

1. BARRERES EN EL DIA A DIA / BARRERAS EN EL DÍA A DÍA

Indique en quines situacions vosté té alguna dificultat:
Indique en qué situaciones usted tiene alguna dificultad:

- Per a accedir i/o fer ús de productes alimentaris i medicaments específics per a les seues malalties
Para acceder y/o usar productos alimentarios y medicamentos específicos para sus enfermedades

Especifiqueu:
Especificar: _____

- Per a accedir i/o fer ús de roba necessària per a la cura de les seues malalties, mobiliari específic, pròtesi i/o productes ortopèdics, equips de control ambiental (escàners, sistemes de control a través de la veu, etc.)
Para acceder y/o usar ropa necesaria para el cuidado de sus enfermedades, mobiliario específico, prótesis y/o productos ortopédicos, equipos de control ambiental (escáneres, sistemas de control a través de la voz, etc.)

Especifiqueu:
Especificar: _____

- Per a la seua mobilitat (utilitza cadires de rodes, crosses, caminadors...) o transport personal (necessita transport públic o privat, vehicles adaptats, canvi de pavimentació pels llocs pels quals circula, dispositius auditius en el transport públic...)
Para su movilidad (utiliza sillas de ruedas, muletas, andadores...) o transporte personal (necesita transporte público o privado, vehículos adaptados, cambio de pavimentación por los lugares por los que circula, dispositivos auditivos en el transporte público...)

Especifiqueu:
Especificar: _____

- Per a fer ús i accedir a la compra d'ulleres, lents, audíofons, etc.
Para usar y acceder a la compra de gafas, lentes, audífonos, etc.

Especifiqueu:
Especificar: _____

- Per a accedir i/o fer ús de llibres, joguets educatius, i/o materials necessaris per a l'educació formal (Educació Infantil, Primària, Secundària, etc) i la no formal (cursos)
Para acceder y/o usar libros, juguetes educativos, y/o materiales necesarios para la educación formal (Educación Infantil, Primaria, Secundaria, etc) y la no formal (cursos)

Especifiqueu:
Especificar: _____

- Per a accedir a un lloc de treball normalitzat a causa de la seua malaltia
Para acceder a un puesto de trabajo normalizado a causa de su enfermedad

Especifiqueu:
Especificar: _____

- Per a accedir a edificis tant públics com privats per les seues barreres arquitectòniques
Para acceder a edificios tanto públicos como privados por sus barreras arquitectónicas

Especifiqueu:
Especificar: _____

- Per falta de recursos econòmics per a l'adquisició de productes necessaris relacionats amb la seua malaltia
Por falta de recursos económicos para la adquisición de productos necesarios relacionados con su enfermedad

Especifiqueu:
Especificar: _____

- Per a la participació en activitats culturals, esportives, espirituals, etc.
Para la participación en actividades culturales, deportivas, espirituales, etc.

Especifiqueu:
Especificar: _____

OBSERVACIONS / OBSERVACIONES

Indique si existeix alguna limitació en la vida diària a causa de la seua malaltia que no estiga reflectida en els punts anteriors:
Indique si existe alguna limitación en la vida diaria a causa de su enfermedad que no esté reflejada en los puntos anteriores:

2. ENTORN / ENTORNO

Indique si hi ha alguna limitació, causada per la seua malaltia, relacionada amb l'entorn en què viu i en el qual desenvolupa el seu dia a dia (entorn rural/urbà, terreny irregular/pendents, habitatge aïllat, etc.)
Indique si hay alguna limitación, causada por su enfermedad, relacionada con el entorno en el que vive y en el que desarrolla su día a día (entorno rural/urbano, terreno irregular/pendientes, vivienda aislada, etc.)

**D DADES RELACIONADES AMB LA SEUA SITUACIÓ DE MALALTIA
DATOS RELACIONADOS CON SU SITUACIÓN DE ENFERMEDAD**

3. SUPORT I RELACIONS / APOYO Y RELACIONES

Si vosté necessita ajuda per a realitzar alguna de les següents activitats: desplaçar-se, moure's, preparar aliments, menjar, neteja personal, eixir del seu domicili, realitzar gestions, llegir, escriure, relacionar-se amb altres persones, maneig de l'estrés, etc., marque de quines persones NO rep ajuda:

Si usted necesita ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades: desplazarse, moverse, preparar alimentos, comer, aseo personal, salir de su domicilio, realizar gestiones, leer, escribir, relacionarse con otras personas, manejo del estrés, etc., marque de qué personas NO recibe ayuda:

- Per part de persones de l'entorn familiar
Por parte de personas del entorno familiar
- Per part d'amistats, veïns/es, companys/es o persones conegudes
Por parte de amistades, vecinos/as, compañeros/as o personas conocidas
- Per part de cuidadors/as professionals i personal d'ajuda
Por parte de cuidadores/as profesionales y personal de ayuda
- Per part de persones de l'entorn sanitari, de servicis socials, educatiu, etc.
Por parte de personas del entorno sanitario, de servicios sociales, educativo, etc.

Per favor, especifique de quina forma l'afecta
Por favor, especifique de qué forma le afecta

4. ACTITUDS / ACTITUDES

Si vosté patix rebuig, falta de respecte, maltractament físic, prenen les decisions per vosté sense tindre en compte la seua opinió o preferències, li impediten relacionar-se amb altres persones, li exclouen de les activitats, se sent incomprès/a, etc, marque per part de quines persones rep este tracte:

Si usted sufre rechazo, falta de respeto, maltrato físico, toman las decisiones por usted sin tener en cuenta su opinión o preferencias, le impiden relacionarse con otras personas, le excluyen de las actividades, se siente incomprendido/a, etc, marque por parte de qué personas recibe este trato:

- Per part de persones de l'entorn familiar
Por parte de personas del entorno familiar
- Per part d'amistats, veïns/es, companys/as o persones conegudes
Por parte de amistades, vecino/as, compañeros/as o personas conocidas
- Per part de cuidadors/as professionals i personal d'ajuda
Por parte de cuidadores/as profesionales y personal de ayuda
- Per part de persones de l'entorn sanitari, de servicis socials, educatiu, etc.
Por parte de personas del entorno sanitario, de servicios sociales, educativo, etc.

Per favor, especifique de quina forma l'afecta
Por favor, especifique de qué forma le afecta

_____, ____ d _____ de _____

Data i signatura de la persona interessada, representant legal i/o guardador/a de fet.
Fecha y firma de la persona interesada, representante legal y/o guardador/a de hecho.

Signatura:
Firma: _____