

PATRONAT MUNICIPAL RESIDÈNCIA GERIÀTRICA MAS VELL

Núm. Registre entitat social: *E01701*

Núm. Registre establiment social
Residència Assistida: *S01257*
Llar Residència: *S05255*

Núm. Registre entitat local: *2500301021*

Núm. NIF: *G-25226481*

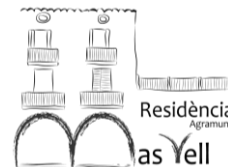
EXPEDIENT DE SOL·LICITUD

EXPEDIENT NÚM: _____

NOM DEL SOL·LICITANT:
SR./SRA. _____

DATA D'OBERTURA: ___/___/___

DATA DE TANCAMENT: ___/___/___



SOL-LICITUD D'INGRÉS AL CENTRE

DADES DEL SOL-LICITANT:

Primer Cognom: _____ Segon Cognom: _____ Nom: _____

Sexe: _____ Estat Civil: _____ Dni: _____

Municipi de naixement: _____ Província: _____ Data de naixement: __/__/__

Adreça: _____ C.Postal: _____ Municipi: _____ Comarca: _____

Telèfon: _____ Núm. Targeta Sanitària: ____/____/____/____/____ Titular Beneficiari

Assegurança d'accident o defunció: _____

Altra assistència sanitària: _____

DADES DEL FAMILIAR O PERSONA RESPONSABLE:

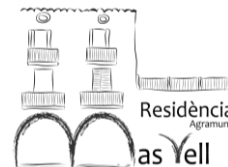
Primer Cognom: _____ Segon Cognom: _____ Nom: _____

Adreça: _____ C.Postal: _____ Municipi: _____ Comarca: _____

DNI: _____ Telèfon: _____

Agramunt, ____ d _____ de 2 ____

El familiar o persona responsable, _____ El sol·licitant, _____



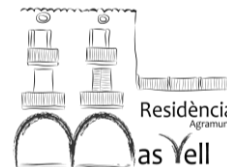
DOCUMENTS A PRESENTAR:

1.- L'expedient de sol·licitud consta de :

- Imprès de sol·licitud.
- Declaració jurada d'ingrés i patrimoni.
- Informe Social.
- Informe Mèdic.

2.- Cal adjuntar-hi :

- Fotocòpia del DNI del sol·licitant
- Declaració de Renda o certificat negatiu en cas de no fer-ne.
- Certificats d'altres ingressos o justificants d'ingressos: pensions, rendes, lloguers etc...
- Fotocòpia de l'assegurança d'accident o defunció en cas de tenir-la.
- Contribucions d'urbana i de rústica.
- Certificat de dipòsit bancaris.
- Certificació negativa de béns, en cas de no tenir-ne.



DECLARACIÓ JURADA D'INGRESSOS I PATRIMONI

Sr./Sra: _____ DNI: _____

DECLARO SOTA JURAMENT:

1.- Que els meus ingressos per tots els conceptes (especificats a sota), són de _____ € anuals.

	CLASSE	RÈGIM	IMP. MENSUAL	IMP. ANUAL
PENSIONS				
SEG. SOCIAL				

ALTRES INGRESSOS

PROCEDÈNCIA	IMPORT MENSUAL	IMPORT ANUAL
TOTAL INGRESSOS		

2.- Que posseeixo els béns immobles següents en el municipi de residència o en d'altres amb un valor total de _____ €.

REFERÈNCIA CADASTRAL	VALOR CADASTRAL
VALOR TOTAL DELS BÉNS	

3.- Que posseeixo _____ €, ingressades en les següents entitats bancàries:

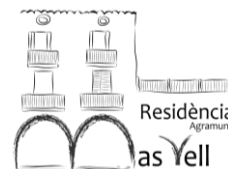
ENTITAT BANCÀRIA	OFICINA	NÚM. COMPTE	IMPORT
IMPORT TOTAL			

4.- Que no he fet cessió de béns a favor de parents o altres persones, en cas contrari feu-ho constar: _____

5.- Que voluntàriament desitjo ingressar en una residència o centre de dia.
_____ de _____ de 2_____.

SIGNATURA DEL SOL·LICITANT

SIGNATURA DEL CÒNJUGE



INFORME MÈDIC SOBRE L'ESTAT DE SALUT I DE DEPENDÈNCIA FUNCIONAL

Dr. _____

Metge de capçalera (o anàleg) del Sr./Sra. _____

i membre del Col·legi Oficial de Metges de _____

amb núm. _____, havent reconegut el sol·licitant, emet el següent informe.

ESTAT DE SALUT:

- Pateix malalties infectocontagioses? Sí No

Quines:

- Pateix algun problema cardiocirculatori? Sí No

Quines:

- Pateix algun problema pulmonar? Sí No

Quines:

- Presenta algun trastorn mental o psiquiàtric, o alteració de l'estat d'ànim?
 Sí No

Quines:

- Algun problema neurològic, demència o malaltia degenerativa?
 Sí No

Quines:

- Pateix immobilitat perllongada? Sí No

Quines:



Altres problemes

<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hiper o hipotiroidisme	<input type="checkbox"/>	Dislipèmia
<input type="checkbox"/>	I. Renal	<input type="checkbox"/>	Hiperplàsia pròstata	<input type="checkbox"/>	Úlcera gàstrica
<input type="checkbox"/>	Enolisme	<input type="checkbox"/>	Obesitat	<input type="checkbox"/>	Al·lèrgia
<input type="checkbox"/>	Cataractes	<input type="checkbox"/>	Alteració són	<input type="checkbox"/>	Anèmia

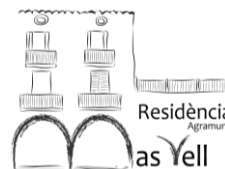
Altres: _____

DIAGNÒSTICS

MEDICACIÓ:

Cal algun tipus de cura?

Necessita algun tipus de dieta?



ACTIVITATS BÀSIQUES DE LA VIDA DIÀRIA:

ALIMENTACIÓ

- És autònom/a
- Li cal vigilància
- Li cal ajudar
- Li han de donar

HIGIENE PERSONAL

- Es renta i banya tot sol
- Necessita ajuda
- Cal que li facin tot

CONTINÈNCIA

- Elimina correctament
- Controla, però necessita que li recordin o acompanyin
- Incontinència esporàdica
- No controla la micció
- No controla cap esfínter

MOBILITAT

- Es mou tot sol
- Necessita ajuda o vigilància
- No pot pujar escales
- No pot llevar-se tot sol
- Va en cadira de rodes

VISIÓ

- Hi veu bé
- No pot cosir i/o llegir
- Veu només ombres o clarors
- Ceguesa total

AUDICIÓ

- Hi sent bé
- Cal parlar-hi fort
- No hi sent

RESPIRACIÓ

- Respira bé
- Es cansa i/o li costa respirar
- S'ofega sovint
- Necessita oxigenoteràpia

VESTIR-SE I CURA DE LA ROBA

- Ho fa sol
- Necessita alguna ajuda
- Necessita que l'ajudin a posar-s'ho tot

PARLAR

- Se'l pot entendre bé
- Costa entendre'l
- Te un diàleg confús

DESORIENTACIÓ

- No en manifesta
- Escolta però no comprèn bé
- No comprèn res
- Delira

FER TRANSFERÈNCIES

- Ho fa sol
- Necessita alguna ajuda
- Li han de fer

Agramunt, d de 2

Signatura,



INFORME SOCIAL

Sr./Sra. _____

Assistent Social d'atenció Primària de l'Ajuntament d'Agramunt _____

en relació a la sol·licitud d'admissió del Sr./Sra. _____

i/o el seu conjugue Sr./Sra. _____

I.- SITUACIÓ SOCIOFAMILIAR.

- Viu/en en matrimoni o parella:

SÍ NO

- Convivència:

Sol/s

Rotant

Amb fills

Rotant separatament

Amb altres familiars

Recollit/s benèvolament

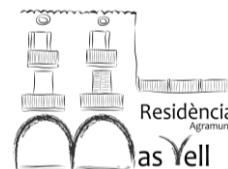
Amb coneguts

Altra situació

- Si viu/en sols, tenen fills en la mateixa localitat.

SÍ NO

- Observacions:



Genograma

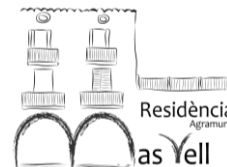
II.- CONDICIONS DE L'HABITATGE (senyalar en cas de disposar dels següents serveis).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aigua calenta | <input type="checkbox"/> Aigua corrent |
| <input type="checkbox"/> Calefacció | <input type="checkbox"/> Llum elèctrica |
| <input type="checkbox"/> Telèfon | <input type="checkbox"/> Bany o dutxa |
| <input type="checkbox"/> Vàter al mateix habitatge | |

• Resideix en l'habitatge en règim de:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Propietari | <input type="checkbox"/> Lloguer o similar |
| <input type="checkbox"/> Familiar propietari | <input type="checkbox"/> Hostatjar |
| | <input type="checkbox"/> Pensió o similar |

Observacions: (Caracterització de l'habitatge i condicions d'habitabilitat)



III.- ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA (AVD)

Capacitat per utilitzar el telèfon

- Utilitza telèfon, contesta, marca
- No utilitza telèfon mai

Preparació dels àpats

- Els organitza, prepara i serveix sol
- Necessita ajut. Dieta inadequada

Rentada de roba

- Fa la rentada. Peces petites
- Necessita una altra persona

Responsabilitat sobre la medicació

- És responsable en l'ús de medicació
- Se li ha de preparar la medicació

Anar a comprar

- Compra el necessari sol o acompanyat
- És incapaç de fer cap compra

Tenir cura de la casa

- Té cura de la casa. Feines lleugeres
- Necessita ajuda en totes les feines

Ús del transport

- Viatja amb independència o taxi
- Viatja acompanyat/ada. No viatja

Capacitat per utilitzar diners

- Administra pressupost. Ajut gestions
- Incapaç d'utilitzar diners

IV.-SITUACIÓ ECONÒMICA: (Descripció qualitativa de la situació econòmica del sol·licitant i familiars amb qui conviu).

V.- Seria possible resoldre la situació eficientment amb els següents tractaments alternatius:

VI.- Diagnòstic social i judici crític sobre la situació actual del sol·licitant:

Agramunt, _____ d _____ de 2 _____

Signatura,