

## **REGLAMENTO DEL SERVICIO MUNICIPAL DE TELASISTENCIA DOMICILIARIA DEL AYUNTAMIENTO DE SAN BARTOLOMÉ DE TIRAJANA**

- 1.- Contextualización normativa
- 2.- Objeto
- 3.- Definición de la prestación
  - 3.1.- Modalidades de la prestación
- 4.- Objetivos
- 5.- Funciones del servicios
- 6.- Tipología de usuario
  - 6.1.- Personas con reconocimiento de la situación de dependencia
- 7.- Requisitos de acceso
  - 7.1.- Criterios económicos de acceso
  - 7.2.- Acceso al servicio
- 8.- Procedimiento
- 9.- Tramitación
- 10.- Financiación
- 11.- Derechos y deberes de las personas usuarias
- 12.- Instalación
- 13.- Seguimiento de la prestación
- 14.- Revisión
- 15.- Causas de denegación
- 16.- Causas de suspensión temporal
- 17.- Causas de extinción

Anexo I.- Baremo de la situación socioeconómica de las personas solicitantes del servicio de Telesistencia domiciliaria

Anexo II.- Ficha de usuario de Telesistencia Domiciliaria

## 1.- Contextualización Normativa:

La **Ley 16/2019 de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias reconoce que los Servicios Sociales constituyen uno de los servicios públicos del Estado del Bienestar**, integrados por el conjunto de servicios y prestaciones orientados a garantizar el derecho de todas las personas y grupos en que se integran a la protección social, en los términos recogidos en las leyes, y tienen como finalidad la prevención, atención o cobertura de las necesidades individuales y sociales básicas de las personas en su entorno, con el fin de alcanzar o mejorar su bienestar. Estos servicios, configurados como un elemento esencial del Estado del bienestar, están dirigidos a alcanzar el pleno desarrollo de los derechos de las personas en la sociedad durante todas las etapas de su vida y a promocionar la cohesión social y la solidaridad.

En su Capítulo I: Estructura Funcional, el **artículo 24** especifica los **Niveles de atención del sistema público de Servicios Sociales**; *Servicios Sociales de atención primaria y comunitaria y Servicios Sociales especializados*. El **artículo 25** asigna a los municipios la titulación de los Servicios Sociales de atención primaria y comunitaria, que constituyen el primer nivel de atención del sistema público de servicios sociales.

*El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria recogido en el Capítulo II, Contenido del Catálogo de servicios y prestaciones, artículo 22.- Prestaciones Tecnológicas del Sistema Público de Servicios Sociales, se describe:*

1. Son prestaciones tecnológicas del sistema público de servicios sociales las que, por medio de una ayuda técnica o producto de apoyo, atienden las necesidades sociales de la persona, pudiéndose asociar con otras prestaciones.

2. Las prestaciones tecnológicas del sistema público de servicios sociales de Canarias serán, al menos, las siguientes, en los términos que se recojan en el catálogo de servicios y prestaciones.

b) La Teleasistencia es una prestación que tiene por objeto garantizar la permanencia en el domicilio a las personas que se hallen en situación de necesidad social, ofreciendo una respuesta inmediata ante situaciones de

urgencia, inseguridad, soledad y aislamiento a las personas usuarias, mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios.

En el catálogo de servicios y prestaciones, anexo a la ley 16/2019 del 2 de Mayo de Servicios Sociales de Canarias, en el apartado 8; **Prestaciones tecnológicas**, refiere la competencia de esta prestación a los ayuntamientos

## 2. -Objeto

Es objeto del presente reglamento la regulación del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria en el ámbito territorial de San Bartolomé de Tirajana.

## 3. Definición de la prestación

El Servicio de Teleasistencia domiciliaria es un sistema de atención personalizada que, mediante un dispositivo terminal de telefonía fijo o móvil con sistema de telelocalización, permite a los usuarios: personas mayores y/o con discapacidad, ante situaciones de emergencia, entrar en contacto verbal “manos libres” durante las 24 horas del día y durante 356 días del año con un centro atendido por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, bien por sí mismo o movilizándolo otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la comunidad.

### 3.1.- Modalidades de la prestación:

1.-Teleasistencia domiciliaria fija: es el servicio de teleasistencia prestado únicamente dentro del domicilio de la persona usuaria a través de un dispositivo o terminal de telefonía fijo. Cada terminal en el domicilio podrá llevar asociados uno o más dispositivos periféricos que permitan optimizar las prestaciones del servicio de teleasistencia.

2.- Teleasistencia móvil: es el servicio de teleasistencia prestado mediante terminales de telefonía móviles, adaptados tecnológicamente para el uso por personas mayores y/o con determinadas discapacidades, que cuentan con dispositivos que permiten la emisión de alarmas.

Ambos estarán complementados con “agendas” de usuario, que permitan recordarle la necesidad de realizar actividades concretas en momentos determinados (realización de gestiones, toma de medicamentos...). El servicio de teleasistencia tiene naturaleza esencial para las personas en situación de dependencia y complementaria para la población en general.

#### **4. -Objetivos:**

1.El Servicio de Teleasistencia pretende:

- a) Conseguir y mantener el mayor grado de autonomía e independencia de las personas en su domicilio, mejorando su calidad de vida.
- b) Favorecer la permanencia e integración en el entorno familiar y social, evitando situaciones de desarraigo y el ingreso innecesario en instituciones.
- c) Proporcionar seguridad, confianza y una atención rápida en casos de emergencia y crisis personales y sociales.
- d) Constituir un medio de apoyo a las familias que asumen el cuidado.
- e) Actuar de manera activa como apoyo en la vida cotidiana, promoviendo la compañía y la protección de la persona usuaria.

2. Este sistema posibilita:

- a) La conexión permanente entre el usuario y la central del sistema.
- b) El apoyo inmediato a través de la línea telefónica fija o móvil.
- c) La movilización de los recursos personales, familiares y de la comunidad.
- d) El enlace entre el usuario y el entorno socio-familiar.
- e) La actuación en el propio domicilio ante situaciones de emergencia.

#### **5. Funciones del Servicio**

- a) Garantizar una conexión permanente con el usuario fortaleciendo su sentimiento de autonomía y seguridad
- b) Responder, con la máxima rapidez, a las necesidades de la persona usuaria, informando al órgano competente de la situación detectada.
- c) Servir de apoyo para recordar tareas relativas al bienestar de la persona usuaria como son: fechas de revisión médicas, horarios de ingesta de

medicamentos u otros, en aquellos casos en que el estado de salud física o mental lo aconsejen.

## 6. Tipología de usuarios:

Tendrán condición de usuarios las siguientes personas:

- La persona titular del servicio: reúne todo los requisitos para ser usuario. Dispone de un equipo telefónico y un pulsador personal. Vive sólo o acompañado, su estado físico-psíquico le permite utilizar el equipo telefónico. No puede existir en el mismo domicilio de un titular.
- La persona beneficiaria con pulsador: permite que existan dos usuarios, ya que la persona titular convive con otra que reúna los requisitos para ser usuario del servicio. Consta de un equipo y dos pulsadores personales.
- La persona beneficiaria sin pulsador: convive con el titular del servicio, pero su estado de salud físico-psíquico no le permite utilizar ni el equipo ni el pulsador, por lo que precisa de una tercera persona para poder utilizarlo. El beneficiario causa baja del servicio de forma automática con el titular del servicio, salvo que quede adscrito el servicio asignado a otro usuario titular con el que también conviva.

### 6.1.-Personas con reconocimiento de la situación de dependencia

Las personas que tengan reconocido un grado de dependencia y que perciban la prestación de TAD por Resolución del Sistema de Atención a la Dependencia no podrán ser beneficiarias de la Teleasistencia concedida por el Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana.

Si la persona tiene reconocido grado de dependencia pero no recibe el servicio de teleasistencia por parte del sistema de atención a la dependencia podrá beneficiarse del servicio de teleasistencia municipal siempre y cuando cumpla con los requisitos del presente reglamento y hasta que sea reconocido por dicho sistema.

## 7. - Requisitos de acceso:

Todas aquéllas personas residentes en el municipio de San Bartolomé de Tirajana que cumplan los siguientes requisitos:

- Con carácter general, podrán ser personas usuarias, aquellas que se hallen en situación de riesgo por razones de edad (personas mayores de 65 años), con discapacidad/dependencia o con enfermedad crónica.
- Estar empadronado en el Municipio de San Bartolomé De Tirajana.
- No tener reconocida su situación de dependencia o, aún habiendo sido reconocida, no ser beneficiaria del Servicio de Teleasistencia, como prestación dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Tener autonomía para las actividades básicas de la vida diaria o con necesidad de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Vivir solo/a o pasar gran parte del día sin compañía o bien, que aunque convivan con otras personas, éstas presenten idénticas características de edad y discapacidad.
- Padecer dificultades de movilidad y/o caídas frecuentes.
- Carecer de suficiente red social y/o familiar.
- Recursos económicos insuficientes para la cobertura del servicio de forma privada.
- Tener cubiertas las necesidades básicas de vivienda, alimentación e higiene personal y del domicilio.
- Disponer de línea telefónica o sistema de comunicación compatible y suministro eléctrico.
- Aceptar la prestación del servicio y expresamente el tratamiento de sus datos personales.
- No padecer enfermedad mental grave, incluidas las demencias, que impidan tener el grado de comprensión y discernimiento necesario para la utilización del sistema.
- No presentar una situación de discapacidad que impida o afecte gravemente a la comunicación persona usuaria-centro de atención
- Contar con una o dos personas que tengan llave del domicilio y que puedan personarse en el domicilio ante una emergencia.

### **7.1.- Criterios económicos de acceso:**

Para unidades familiares de un solo miembro, se tomará como referencia el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), fijado para el 2025: 600 €/mes, estableciendo que la renta familiar no supere el 120% del mismo e

incrementándose en un 20% por cada miembro de la unidad familiar o unidad de convivencia:

- Para una persona sola en el hogar: **720 €/mes**
- Para dos personas en el hogar: **864 €/mes**
- Para tres personas en el hogar: **1036,80 €/mes**
- Para cuatro personas en el hogar: **1.244,16€/mes**
- se añadirá el 20% por cada miembro más de la unidad familiar

Por otra parte, tendrán la consideración de **gastos deducibles**: pago de alquiler o hipoteca, gastos en medicamentos, personas con discapacidad a su cargo y otros gastos justificables (criterio trabajador social).

## **7.2. -Acceso al servicio:**

Una vez presentada la solicitud debidamente valorada, ésta se pasará al órgano competente, quien procederá al visto bueno para dictar la correspondiente propuesta de la resolución y cursar la orden de instalación a la empresa adjudicataria del servicio.

El acceso al servicio de teleasistencia estará condicionado a la existencia de crédito presupuestario suficiente.

## **8. - Procedimiento:**

El procedimiento podrá iniciarse:

a) A instancia de parte: las personas interesadas deberán presentar solicitud de en el registro general del Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana, junto a la la documentación acreditativa de su personalidad y situación personal, necesaria para valorar la situación personal del solicitante. No será necesaria la presentación de aquellos documentos que obren en los Servicios Sociales de la administración del Ayuntamiento.

La documentación a presentar por los solicitantes será la siguiente:

- Solicitud correspondiente
- Copia del DNI
- Certificado de residencia y convivencia o autorización para su consulta

- Copia de Tarjeta Sanitaria
- Informe médico
- Declaración de ingresos de la unidad familiar de convivencia procedentes de pensiones, intereses bancarios, rentas de bienes muebles o inmuebles, actividades económicas, recibo de ingresos, prestaciones sociales,...etc.
- Copia de la última declaración del impuesto de la renta de personas físicas que componen la unidad familiar o de convivencia.
- Certificado castral de bienes rústicos y urbanos o en su caso autorización para la obtención del mismo.
- Certificado de reconocimiento del grado de discapacidad
- Resolución de grado de dependencia, y resolución de prestaciones y servicios del Sistema de Atención a la Dependencia
- Cualquier otro documento que se considere necesario para valorar la solicitud y el cumplimiento de requisitos.

b) De oficio por prescripción profesional o derivación, y para la atención en casos de urgencia: Una vez aplicado el baremo de valoración correspondiente, y comunicada la situación de urgencia a la entidad titular del servicio, podrá iniciarse la prestación del servicio, debiéndose aportar en el plazo de diez días la documentación que proceda para proseguir la tramitación del expediente y resolución.

## **9. -Tramitación:**

Las solicitudes, una vez cumplimentadas acompañada de la documentación requerida, será atendida y valorada por el/la Trabajador/a Social, quien realizará la visita domiciliaria preceptiva y emitirá el informe social, adjuntando la aplicación del baremo e indicando si procede, la concesión o denegación de la misma.

Aquellos expedientes de solicitud que estén incorrectos y/o incompletos se requerirá al interesado para que proceda a la subsanación de los efectos que en ella se observen, en un plazo máximo de 10 días desde la recepción de la notificación. En caso de que no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa a resolución dictada en los términos previstos en el artículo 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La fecha de presentación de las solicitudes no conllevará el derecho de preferencia en la asignación del servicio, salvo en el supuesto de situaciones con idéntico nivel de puntuación o idéntico nivel de ingresos económicos.

El órgano competente de la Corporación Local dictará resolución, en un plazo máximo de 3 meses contados desde la fecha de entrada de la solicitud en el registro general de la entidad local competente. Dicha resolución se notificará al interesado en el plazo máximo de diez días, haciendo constar en la misma la concesión o denegación de servicio, o la inclusión en la lista de espera hasta que sea posible hacer efectiva la prestación del servicio.

El servicio estará condicionado, en todo caso, a la disponibilidad presupuestaria y de recursos humanos de la entidad local para su valoración. Cuando la disponibilidad de atención sea inferior a las solicitudes presentadas, el orden de prioridad para el acceso se establecerá en función de los puntos obtenidos en el baremo contemplado en el anexo 1 del presente reglamento.

Las solicitudes que se encuentren en la lista de espera se ordenarán en función de la mayor puntuación obtenida en el baremo correspondiente y tendrá vigencia durante el año siguiente a su prestación. Transcurrido este plazo y de seguir la persona solicitante interesada en el servicio se solicitará actualizar la documentación.

Las resoluciones estarán siempre motivadas y expresarán los recursos que contra las mismas se pueden interponer. La falta de resolución expresa tendrá efectos negativos. Tras la resolución, se firmará un acuerdo con el usuario respecto al contenido y características de la prestación.

#### **10. Financiación:**

La financiación del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria correrá a cargo del Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana.

El Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana, de forma anual, revisará y actualizará los criterios económicos de acceso al servicio.

#### **11. Derechos y deberes de las personas usuarias:**

Con carácter general, las personas beneficiarias y titulares del servicio de teleasistencia domiciliaria deberán respetar los derechos y deberes establecidos por el Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana.

Los derechos y deberes será los siguientes:

#### Derechos:

- Ser respetadas y tratadas con dignidad
- La confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Recibir una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas.
- Recibir orientación sobre los recursos alternativos que, en su caso, resulten necesarios.
- Recibir información puntual de las condiciones y contenido, así como de las modificaciones que pudieran producirse en el régimen del servicio.
- Ser informados sobre el estado de tramitación de su expediente.
- Ser oídos sobre cuantas incidencias relevantes observan en la prestación del servicio, así como a conocer y utilizar los cauces formales establecidos para formular quejas y sugerencias.
- Cese voluntario en la utilización del servicio.
- Cualesquiera a otros que les reconozcan las normas vigentes.

#### Deberes:

Las personas usuarias del servicio de teleasistencia domiciliaria o TAD tienen los siguientes deberes:

- Aceptar y cumplir las condiciones que exige el servicio, establecidas en el acuerdo firmado entre las partes
- Permitir la entrada en el domicilio, facilitar el ejercicio de las tareas del personal que atiende en el servicio, así como poner a su disposición los medios materiales adecuados para el desarrollo de las mismas
- Mantener un trato respetuoso y correcto con las persona que prestan el servicio.
- Facilitar concretamente los datos necesarios para la concesión y prestación del servicio así como responsabilizarse de la veracidad de los

mismos, e informar de cualquier cambio que se produzca en su situación personal, familiar, social y económica que pudiera dar lugar a una modificación, suspensión o extinción del servicio.

- Comunicar con suficiente antelación cualquier ausencia temporal del domicilio que impida la prestación del servicio.
- No exigir tareas o actividades no incluidas en la prestación del servicio.
- Poner en conocimiento del técnico responsable del servicio y/o del trabajador/a social de referencia cualquier anomalía o irregularidad que detecte en la prestación
- Conservar correctamente los dispositivos técnicos instalados y colaborar en su mantenimiento.

## **12. -Instalación:**

Se cursará orden de prestación del servicio de teleasistencia domiciliaria o TAD a la empresa prestataria del servicio en el plazo de diez días desde la fecha de la resolución de concesión del servicio .

## **13. -Seguimiento de la prestación:**

Los trabajadores sociales de la administración realizarán las tareas de:

- Información del servicio, orientación, tramitación y valoración del expedientes.
- Elaboración del informe social y la propuesta de atención conforme a lo establecido en el presente reglamento.

Los trabajadores de la empresa adjudicataria realizarán las tareas de:

- Elaboración del Plan Individual de atención, que contendrá los acuerdos para realizar el seguimiento individualizado de cada caso y visitas periódicas, adecuando los contenidos de la prestación del servicio teleasistencia domiciliaria o TAD a la situación real del usuario y a la calidad del servicio y que conllevará el mantenimiento, modificación, suspensión temporal o extinción del servicio.

## **14. -Revisión:**

1. La prestación del servicio podrá ser revisada como consecuencia de la modificación de las circunstancias que dieron origen a la concesión del servicio. Podrá realizarse de oficio en el Centro de Servicios Sociales o solicitud de la

persona interesada o su representante legal, cuando se produzcan variaciones suficientemente acreditadas de las circunstancias que dieron origen a la misma.

2. La revisión del servicio podrá dar lugar a la modificación, suspensión temporal o extinción del mismo.

### **15. Causas de denegación:**

Serán causas de denegación del servicio de teleasistencia domiciliaria o TAD:

- No cumplir los requisitos establecido en el presente reglamento
- Dificultar la labor técnica de valoración de la solicitud realizada
- Que las funciones para las que se solicita el Servicio de Teleasistencia domiciliaria no estén contempladas como funciones propias del servicio.
- Que ya tenga el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria reconocido y activo a través de la Cartera de Recursos ofertados por el Servicio de Dependencia del Gobierno de Canarias.

### **16. Causas de suspensión temporal:**

El servicio podrá ser suspendido cuando:

1. Los usuarios que no precisen del servicio concedido durante un periodo de tiempo determinado por situaciones como visitas familiares, ingresos hospitalarios prolongados, o alojamiento temporal en establecimiento de servicios sociales, deberán comunicar su ausencia a los Servicios Sociales del Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana y en su caso, a la entidad prestadora del servicio, excepto si dicha ausencia se produce por causa imprevisible, en cuyo caso se comunicará posteriormente.

2. Tal situación se entenderá como suspensión temporal en el servicio, siempre que la duración no sea superior a tres meses a lo largo del año. En el caso de superar este plazo, la prestación del servicio se considerará extinguida.

### **17. Causas de extinción:**

Son causas de extinción del servicio:

- a) Fallecimiento del beneficiario
- b) Renuncia voluntaria expresa de la persona voluntaria o su representante legal
- c) Ingreso con carácter permanente en establecimiento residencial.
- d) Por baja de la línea telefónica.

- e) Por modificación de las causas psico-físicas y de convivencia que dieron lugar a la concesión del servicio.
- f) Por no presentar la documentación requerida en los plazos marcados por la administración.
- g) Por ocultación, falsedad o incumplimiento reiterado de algunas de las obligaciones y deberes establecidos
- h) Por inadecuada y reiterada manipulación o incorrecta conservación del equipo individual al instalado
- i) Dificultar la labor de seguimiento de los profesionales de los Servicios Sociales y/o de la empresa prestataria del servicio.
- j) No cumplir las disposiciones citadas en este reglamento que impidan el buen funcionamiento del servicio.
- k) Traslado de domicilio definitivo a otro municipio.
- l) Por superar el tiempo máximo de suspensión temporal.
- m) Por uso inadecuado del servicio.
- n) Por faltas de respeto, trato inadecuado de la persona usuaria al personal de la empresa adjudicataria.

La extinción del servicio, excepto casos de fallecimiento, será acordada mediante resolución del Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana y notificada a la persona titular o, en su caso, su representante legal.

## ANEXO I

### Baremo de la situación socioeconómica de las personas solicitantes del servicio de Teleasistencia domiciliaria

Solicitante:

Fecha de solicitud:

Fecha de valoración:

#### 1. Situación sociofamiliar – redes de apoyo (máxima puntuación 35)

1.- Solicitante vive solo sin hijos	35
2.- Solicitante vive solo tiene hijos y/u otros familiares que no le prestan ayuda o que lo hacen de forma ocasional e insuficiente	30
3.- Solicitante tiene como cuidador principal a una persona mayor de 65 años	20
4.- Solicitante que convive con personas no familiares	10
5.- Solicitante convive con familiares o hijos	5

TOTAL PUNTOS

#### 2.- Capacidad funcional (máxima puntuación 30)

1.- Solitante necesita ayuda para la cobertura de las necesidades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria (compras, preparación de comida, lavado de ropa,...)	30
2.- Solicitante necesita ayuda para la cobertura de varias de las actividades de la vida diaria	25
3.- Solicitante necesita apoyo puntual para ciertas actividades instrumentales	20
4.- Solicitante precisa supervisión en la realización de las actividades de la vida diaria	15
5.- Solicitante no necesita apoyo para desenvolverse en su medio	0

TOTAL PUNTOS

#### 3.- Situación de la vivienda habitual (Máxima puntuación 10)

1. Existencia de barreras arquitectónicas dentro y/o fuera de la vivienda y precarias condiciones de habitabilidad de la misma	10
2. Accesibilidad de la vivienda: existen barreras arquitectónicas dentro	8

o fuera de la vivienda, o su ubicación dificulta el acceso a recursos	
3, Precarias condiciones de habitabilidad: falta de equipamiento básico, deficiencias en la construcción, problemas de espacio, falta de limpieza, organización doméstica.	6
4, Condiciones de habitabilidad adecuadas, pero hay deficiencias en el estado de conservación	4
5. La vivienda reúne condiciones adecuadas de habitabilidad y accesibilidad.	0
<b>TOTAL PUNTOS</b>	

#### 4. Situación económica (Máxima puntuación de 20)

1. Inferior al 80% del I.P.R.E.M	20
2. Entre el 81% y el 90% del I.P.R.E.M	15
3. Entre el 91% y el 95% del I.P.R.E.M	10
4. Entre el 96% y el 100% del I.P.R.E.M	5
5. > 100% del IPREM	0
<b>TOTAL DE PUNTOS</b>	

#### 5. Otras circunstancias relevantes no valoradas y suficiente motivadas (Máxima puntuación 5)

##### 6. Resumen del baremo

1. Situación socio-familiar	
2. Capacidad funcional	
3. Situación de la vivienda habitual	
4. Situación económica	
5. Otros factores	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## 7. Interpretación del baremo - Necesidad del servicio

Necesidad extrema	80 - 100 puntos
Necesidad severa	50 - 79 puntos
Necesidad moderada	0 - 49 puntos

## Anexo II – Ficha de usuario de Teleasistencia Domiciliaria

**ANEXO I: FICHA DE USUARIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA**

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO/A:**

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bloque: \_\_\_\_\_ Escalera: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

**II.- DATOS DEL TRABAJADOR SOCIAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**III.- CONTACTOS PARA EMERGENCIAS**

NOMBRE Y APELLIDOS	DOMICILIO	TELÉFONO/S	OBSERVACIONES
_____	C/ _____ Nª _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____ Localidad: _____ Distancia al domicilio del usuario: _____ minutos Datos laborales: _____	Domicilio: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____ Otros: _____	Relación: _____ ¿Tiene llave? _____ Observaciones: _____
_____	C/ _____ Nª _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____ Localidad: _____ Distancia al domicilio del usuario: _____ minutos Datos laborales: _____	Domicilio: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____ Otros: _____	Relación: _____ ¿Tiene llave? _____ Observaciones: _____
_____	C/ _____ Nª _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____ Localidad: _____ Distancia al domicilio del usuario: _____ minutos Datos laborales: _____	Domicilio: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____ Otros: _____	Relación: _____ ¿Tiene llave? _____ Observaciones: _____

	C/ _____ N <sup>a</sup> _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____ Localidad: _____ Distancia al domicilio del usuario: _____ minutos Datos laborales: _____	Domicilio: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____ Otros: _____	Relación: _____ ¿Tiene llave? _____ Observaciones: _____ _____
--	---	--	---

#### IV.- CONVIVENCIA

- Vive solo/a  
 Convive con:

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	BENEFICIARIO (señalar en caso afirmativo)	SITUACIÓN LABORAL	OBSERVACIONES (en los beneficiarios, indicar si cumple o no los requisitos para pasar a usuario)

N<sup>a</sup> de hijos \_\_\_\_\_

Familiares más cercanos o personas que le atienden asiduamente: \_\_\_\_\_

Tiempo que está solo/a: \_\_\_\_\_

#### V.- SECTOR DE INTERVENCIÓN

- Tercera Edad    Enfermedad crónica    Discapacidad física    Discapacidad sensorial    Otros (especificar) \_\_\_\_\_

VI.- **DATOS SANITARIOS** HISTORIA CLÍNICA N<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_ MÉDICO DE CABECERA: \_\_\_\_\_

A) ENTIDAD ASEGURADORA: Nombre: \_\_\_\_\_ N<sup>a</sup> de afiliación: \_\_\_\_\_  Titular    Beneficiario/a



Nombre: \_\_\_\_\_ N<sup>a</sup> de afiliación : \_\_\_\_\_  Titular  Beneficiario/a

B) CENTRO/S SANITARIO/S: Centro de Salud de: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Distancia: \_\_\_\_\_ min.

Teléfono de consulta: \_\_\_\_\_ Teléfono de urgencias: \_\_\_\_\_

C) CENTRO HOSPITALARIO EN CASO DE URGENCIA: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Distancia: \_\_\_\_\_ minutos

Teléfono de consulta: \_\_\_\_\_ Teléfono de urgencias: \_\_\_\_\_

D) RIESGOS EN CASO DE TRASLADO

▪ Usuario/a: -Medicación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Alergias: \_\_\_\_\_

- Otros: \_\_\_\_\_

▪ Beneficiario/a: - Medicación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Alergias: \_\_\_\_\_

- Otros: \_\_\_\_\_

## VII.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL USUARIO

¿Tiene sordera? \_\_\_\_\_ ¿Tiene demencia senil? \_\_\_\_\_

Riesgos específicos: \_\_\_\_\_

Actuación ante riesgos: \_\_\_\_\_

Estado físico del usuario: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_

## VIII.- DATOS DE LA VIVIENDA

▪ TIPO DE VIVIENDA:  Edif. Vecinos  Unifamiliar Urbano  Unifamiliar Aislado  Otros \_\_\_\_\_

▪ CONTROL DE ACCESO AL EDIFICIO:  Portero  Portero Automático  Llave  Ascensor  Accesibilidad

Otro/s acceso/s de emergencia: \_\_\_\_\_

▪ LUZ ELÉCTRICA: Localización interruptor general \_\_\_\_\_ Voltaje:  220V  125V

▪ AGUA CORRIENTE: Llave general de paso en \_\_\_\_\_

▪ GAS: Si  No  Tipo de bombonas: \_\_\_\_\_ Nº de bombonas: \_\_\_\_\_ Situada/s en: \_\_\_\_\_

▪ TELÉFONO: ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Situados en \_\_\_\_\_ Placa:  nueva  antigua

Tarifa telefónica: normal  reducida  ¿Teléfono móvil? Si  No

Colocar T.A. en \_\_\_\_\_ ¿Tiene enchufe de luz cercano al teléfono? \_\_\_\_\_

▪ CONDICIONES DE LA VIVIENDA: \_\_\_\_\_

**Ficha de teleasistencia domiciliaria**  
**AYUDAS COMPLEMENTARIAS**

**A) LIMPIEZA DE LA CASA:**

- Limpia ella/él y no necesitaría ayuda a domicilio
- Recibe ayuda de algún familiar y/o amigo/a, ¿quién?: \_\_\_\_\_
- Sería necesario solicitar el S.A.D. ya que no lo tiene
- Tiene concedido S.A.D. del Ayuntamiento: - Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
- Horas semanales: \_\_\_\_\_
- Contrata un servicio particular: - Horas semanales: \_\_\_\_\_  
- Cuantía: \_\_\_\_\_

**COMIDA:**

- El/la usuario/a ¿De forma satisfactoria? \_\_\_\_\_
- Recibe ayuda de algún familiar y/o amigo/a ¿quién?: \_\_\_\_\_
- Tiene concedido el SAD para la elaboración de la comida. Fecha de inicio: \_\_\_\_\_
- Necesitaría el SAD para la elaboración de la comida
- Tiene el servicio de *TRANSPORTE DE COMIDAS SOBRE RUEDAS*. Fecha de inicio: \_\_\_\_\_
- Necesita solicitar el servicio de *TRANSPORTE DE COMIDAS SOBRE RUEDAS*.
- Otros: \_\_\_\_\_

**B) AYUDA A DOMICILIO COMPLEMENTARIA.**

No le hace falta

Podría hacerle falta para:     Gestiones             Acompañamientos             Traslados en transporte adaptado

Asistencia a centros sanitarios o sociales

Otros ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**C) NECESIDAD DE OTRAS AYUDAS O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:**

● Visitas de voluntarios SI  NO

● Actividades del programa (salidas) SI  NO

● Otros: ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**D) ¿QUÉ OTROS CENTROS/ INSTITUCIONES COLABORAN CON EL USUARIO?**

Institución: \_\_\_\_\_ Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Tlfno: \_\_\_\_\_

**Ficha de Teleasistencia Domiciliaria**  
**SITUACIÓN ECONÓMICA**  
**(para uso exclusivo del Ayuntamiento a efectos de valoración para el Servicio subvencionado)**

**Nº de Expediente:**

**Apellidos y nombre del usuario:** \_\_\_\_\_

**1.- DATOS DE LA VIVIENDA:**

- Alquilada: cuantía: \_\_\_\_\_
- Propia pagada
- Propia pagándose: cuantía \_\_\_\_\_
- Cedida por: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

**2.- INGRESOS:**

- Tipo: \_\_\_\_\_ Cuantía: \_\_\_\_\_ Periodicidad: \_\_\_\_\_
- Tipo: \_\_\_\_\_ Cuantía: \_\_\_\_\_ Periodicidad: \_\_\_\_\_
- Tipo: \_\_\_\_\_ Cuantía: \_\_\_\_\_ Periodicidad: \_\_\_\_\_

**3.- GASTOS:**

- Agua \_\_\_\_\_ ■ Luz \_\_\_\_\_ ■ Teléfono \_\_\_\_\_
- Funeraria \_\_\_\_\_ ■ Comunidad \_\_\_\_\_ ■ Otros \_\_\_\_\_

**4. OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Ficha de Teleasistencia Domiciliaria  
VALORACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL:**

**Nº de Expediente:** [REDACTED]

**Apellidos y nombre del usuario:** \_\_\_\_\_

**D.N.I.:** \_\_\_\_\_

**1.- VALORACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2.-OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha del informe: _____ / _____ / _____	
Nombre del/la Trabajador/a Social: _____	
Nº de colegiado: _____	Firma: _____