

<b>INFORME SOCIAL QUE EMITE EL SERVICIO SOCIAL DE ATENCIÓN SOCIAL BÁSICA (SSASB) Nº 062 MANCOMUNIDAD INTEGRAL SIERRA DE MONTÁNCHEZ.</b>	
Ayuntamiento adscrito:	
Trabajador/a Social:	
Colegiado en / nº	Cáceres /
Fecha del Informe:	
Objetivo del Informe: <i>(Nota: Este informe solo podrá ser utilizado para este objetivo)</i>	Valoración de Solicitud de Servicio de Respiro Familiar, Expte. N.º
Solicitado por:	Preceptivo según bases reguladoras del Servicio de Respiro Familiar de la M. I. Sierra de Montánchez, Bop nº , de .
Dirigido a:	Mancomunidad Integral Sierra de Montánchez, Avda de Adolfo Suárez, 4 – 10186, Torre de Santa María (Cáceres). Telf. 927 38 90 29/30

<b>DATOS PERSONALES</b>	
Nombre y apellidos:	
Nacido en, fecha:	
E.C.:	
DNI/NIE/PASAPORTE/OTROS	
Nivel de estudios, ocupación	
Domicilio y tlf.:	

<b>OTRAS PERSONAS QUE CONSTITUYEN LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:</b>					
Nombre y apellidos	DNI	parentesco	edad	E. C.	nivel de estudios y ocupación

### **VALORACIÓN Y PROPUESTA**

Estudiada solicitud y la documentación según los artículos 6, 7 y 8 de las bases reguladoras programa de colaboración económica municipal del servicio respiro familiar a personas cuidadoras habituales no profesionales para 2026, (Bop. N.º 0), que obra en el expte. n.º /2026 del Servicio de Respiro Familiar, con fecha de registro, -2026, a nombre de D/Dª y domicilio en C/ , n.º , de ; de acuerdo a los requisitos recogidos en el art. 3, se comprueba que el/la solicitante presenta la siguiente situación:

<b>Requisitos</b>	<b>Lo cumple: Sí/No</b>
1. Solicitante residente en municipio integrado en la M.I. Sierra de Montánchez, que sea cuidador habitual no profesional de una o más personas en:	, (comprobado de oficio).
2. Situación de dependencia grado I, II o III (conforme a lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) y que tengan además oficialmente reconocido grado de discapacidad = > a 33%	, (G...) y ...% discapacidad (aporta documentación).
3. O bien persona con grado de discapacidad oficialmente reconocido = > a 75% (cuya necesidad se justifique por el SSASB correspondiente)	(*)
4. Que la persona atendida por el cuidador habitual <u>no tenga</u> reconocida una plaza pública en el servicio de atención residencial o una prestación económica vinculada al servicio de atención residencial.	, (tiene reconocida Centro de Día, pero no Centro Residencial)

(\*) Necesidad: no es necesario demostrar necesidad, cumpliendo requisito 2 es suficiente.

### **SERVICIOS QUE SOLICITA**

Tipo de servicio que solicita:	Horas y cuantías máximas	Solicita	Se concede sí/no
a) Acompañamiento y asistencia domiciliaria	<b>Horas/año</b> (máximo 65h por persona atendida al año a distribuir a conveniencia; coste de la hora según convenio aplicable)		
b) Acompañamiento circunstancial y actividades puntuales de ocio en horario diurno, nocturno, en tiempo libre, en fines de semana y en periodos vacacionales, así como descansos en hospitalizaciones parciales ambulatorias, acompañamiento a servicios especializados ambulatorios, postoperatorio y otros servicios transitorios análogos	<b>Horas/año</b> (máximo 36h al año; coste de la hora según convenio aplicable)		
c) Asistencia en establecimiento no sociosanitario: actividades dirigidas a realizar el respiro en este tipo establecimiento, siempre que cuenten con los elementos necesarios para ello; la entidad prestataria se responsabilizará de la seguridad de las personas atendidas y deberá tener seguro de responsabilidad civil que cubra dichas actividades tales como: Asistencia a la playa, montaña, campamentos, etc.	Cuantía máxima por persona: 504€. Cuantía máxima por día: 72€. Numero de días mínimo: 2		
d) Estancias en establecimiento sociosanitario (estancias temporales en plazas acreditadas para pvs) y no financiadas por el SEPAD, en centros de día, de noche y centros residenciales. Deben ser centros acreditados	Máximo: 10 días/año por persona atendida. Coste máximo de las actuaciones: - 70€/día para el servicio de residencia - 40€/ día “ “ “ “ día o noche		

Por todo lo anterior, **se propone conceder** el Servicio de Respiro Familiar por la cuantía de .....,**00€**, según la factura que presente en su momento.

NOMBRE Y APELLIDOS del beneficiario (o beneficiarios, en su caso)	DNI	DOMICILIO	Nº IBAN	IMPORTE FACTURA
				a).... € b).... € c).... € d).... €
			<b>Total (cantidad supeditada a presentación de factura) .....</b>	€

En Torre de Santa María, a fecha de firma electrónica  
nombre apellido de el/la TS  
TRABAJADOR/A SOCIAL, COLEG. N.º ....., CÁCERES