



ANEXO II: INFORME-PROPUESTA DEL TRABAJADOR SOCIAL
AYUDAS PARA EL APOYO A LA REINTEGRACIÓN FAMILIAR

EMITIDO POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL D/D^ª:
Nº Colg.:

DEL HOGAR DE PROTECCIÓN:

TLF.: EXT.: FAX: EMAIL:

1. DATOS DEL SOLICITANTE				
NOMBRE Y APELLIDOS:			DNI/NIE:	
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		ESTADO CIVIL:		SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DIRECCIÓN:				
CÓDIGO POSTAL:		MUNICIPIO:		
TELF. FIJO:		TELF. MOVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:
2. COMPOSICIÓN FAMILIAR				
NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OBSERVACIONES
3. DATOS ECONÓMICOS				
NOMBRE Y APELLIDOS	SITUACION LABORAL	INGRESOS NETOS/MES	PROCEDENCIA	FECHA FIN PRESTACION
3.1 GASTOS VERIFICABLES (MES) DE LA UNIDAD FAMILIAR:				
<input type="checkbox"/> ALQUILER/HIPOTECA: _____ € <input type="checkbox"/> LUZ: _____ € <input type="checkbox"/> AGUA: _____ €				
<input type="checkbox"/> COMUNIDAD: _____ € <input type="checkbox"/> COMEDOR ESCOLAR: _____ € <input type="checkbox"/> FARMACIA: _____ €				
<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICOS/OFTALMOLÓGICOS: _____ € <input type="checkbox"/> TELEFONO : _____ €				
<input type="checkbox"/> OTROS (_____): _____ €				

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA Y DETECCIÓN DE NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO BÁSICO

4. VALORACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD PLANTEADA

Subsanación de las circunstancias sociofamiliares que motivaron la medida de protección

5. OTROS RECURSOS GESTIONADOS PARA ATENDER LA DEMANDA PLANTEADA

6. AYUDAS ANTERIORES OTORGADAS POR EL CABILDO



7. FACTORES DE VALORACIÓN (MARCAR LOS QUE PROCEDA)		
7.1. FACTORES ECONÓMICOS		
RMPC= <u>Ingresos netos mensuales UF – G. Vivienda M)</u> nº de miembros de la UF		
	1er hijo	A partir del 2º hijo importe fijo
<input type="checkbox"/> 0 a 150 <input type="checkbox"/>	325	200
<input type="checkbox"/> 151 <input type="checkbox"/> a 200 <input type="checkbox"/>	300	175
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> a 250 <input type="checkbox"/>	275	150
<input type="checkbox"/> 251 <input type="checkbox"/> a 300 <input type="checkbox"/>	250	125
<input type="checkbox"/> 301 <input type="checkbox"/> a 350 <input type="checkbox"/>	225	100
<input type="checkbox"/> Más de 351 <input type="checkbox"/>	200	75
Número de miembros de la unidad familiar:		
7.2. FACTORES SOCIALES (no se pueden acumular más de dos factores)		
<input type="checkbox"/> Familia con menores que tengan discapacidad igual o superior al 33% hasta el 64%	62 euros/mes	
<input type="checkbox"/> Familia con menores que tengan discapacidad igual o superior al 65%	217 euros/mes	
<input type="checkbox"/> Familia con miembros con enfermedades que requieren gastos farmacéuticos, dietas especiales.	62 euros/mes	
<input type="checkbox"/> Familias con miembros con necesidades de logopedia, fisioterapia, psicomotricidad, psicoterapia, odontología, oftalmología. - Especificar:	124 euros/mes	
<input type="checkbox"/> Situaciones de necesidad que tengan un carácter excepcional e incidan gravemente en la unidad familiar, debidamente justificadas.	A valorar	

8. DICTAMEN PROFESIONAL:
Una vez valorada la situación de necesidad del solicitante y la viabilidad de la Reintegración Familiar se considera PROCEDENTE la concesión de la ayuda solicitada, sujeta al obligado cumplimiento del Compromiso que el beneficiario asume con las correspondientes obligaciones establecidas en el anexo correspondiente.
Las orientaciones iniciales del gasto se establecerán atendiendo a dar prioridad a los siguientes conceptos:
<input type="checkbox"/> Alimentación, vestimenta e higiene doméstica y personal
<input type="checkbox"/> Alquiler (máximo 4 meses, excepcionalmente 6 meses)
<input type="checkbox"/> Suministro de agua
<input type="checkbox"/> Suministro eléctrico
<input type="checkbox"/> Gastos sanitarios y/o ayudas médicas por prescripción facultativa emitido por un profesional del sistema público sanitario
<input type="checkbox"/> Vestimenta, libros y material escolar (imprescindible haber solicitado beca o ayuda para tal fin)
<input type="checkbox"/> Transporte (en el caso de transporte escolar imprescindible haber solicitado beca o ayuda para tal fin)
<input type="checkbox"/> Otros:

9. CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZACIÓN DE ENDOSATARIO

En relación a la ayuda aprobada se propone que sea ingresado al Endosatario autorizado.

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/CIF	CUANTIA	CONCEPTO

10. OBSERVACIONES:

--

PROPUESTA

Don/Dña: _____ colg.nº: _____

Tlf: _____ Ext: _____ Fax: _____ Email: _____

Trabajador del Hogar: _____

Y en relación a la solicitud planteada, se considera:

PROCEDENTE el otorgamiento de la ayuda solicitada, por una cuantía de: _____ para abonar los gastos de _____

que será ingresado al: Solicitante y/o en su caso al Endosatario Autorizado :

Don/Dña: _____ con DNI/CIF.: _____

Don/Dña: _____ con DNI/CIF.: _____

Fecha del Informe:

VºBº Director/a del Hogar de Protección	Trabajador/a Social de Hogar de Protección
Fdo.: _____	Fdo.: _____