**ANEXO II: INFORME SOCIAL**

**AYUDAS PARA EL APOYO A LA REINTEGRACIÓN FAMILIAR**

**EMITIDO POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL D/Dª: 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:  Hombre  Mujer | | | | |
| DIRECCIÓN: | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL: | MUNICIPIO: | | | | | | | | | | | | | |
| TELF. FIJO: | | TELF. MOVIL: | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | |
| 1. **COMPOSICIÓN FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | | | **PARENTESCO** | | | | **EDAD** | **ESTADO CIVIL** | | | | | **OBSERVACIONES** | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |  | | | | |  | |
| 1. **DATOS ECONÓMICOS** | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | | | **SITUACION LABORAL** | | **INGRESOS NETOS/MES** | | | | **PROCEDENCIA** | | | | | **FECHA FIN PRESTACION** |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |  |
| **3.1 GASTOS VERIFICABLES (MES) DE LA UNIDAD FAMILIAR:** | | | | | | | | | | | | | | |
| ALQUILER/HIPOTECA      €  LUZ    €  AGUA    €  COMUNIDAD    €  COMEDOR ESCOLAR      €  FARMACIA    €  ODONTOLÓGICOS/OFTALMOLÓGICOS    €  TELEFONO     €  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= Ingresos netos mensuales UF – (G. Vivienda + G. Pensión alimenticia)**  **nº de miembros de la UF** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **1er hijo** | | | | | **A partir del 2º hijo importe fijo** | | | |
| 0 a 150 € | | | | | | 422,50 | | | | | 260,00 | | | |
| 151€ a 200€ | | | | | | 390,00 | | | | | 227,50 | | | |
| 201 € a 250 € | | | | | | 357,50 | | | | | 195,00 | | | |
| 251€ a 300€ | | | | | | 325,00 | | | | | 162,50 | | | |
| 301 € a 350 € | | | | | | 292,50 | | | | | 130,00 | | | |
| Más de 351€ | | | | | | 260,00 | | | | | 97,50 | | | |
| **Número de miembros de la unidad familiar:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.2. FACTORES SOCIALES (no se pueden acumular más de dos factores)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Familia con menores que tengan discapacidad igual o superior al 33% hasta el 64% | | | | | | 80,60 euros/mes | | | | | | | | |
| Familia con menores que tengan discapacidad igual o superior al 65% | | | | | | 282,10 euros/mes | | | | | | | | |
| Familia con miembros con enfermedades que requieren gastos farmacéuticos, dietas especiales. | | | | | | 80,60 euros/mes | | | | | | | | |
| Familias con miembros con necesidades de logopedia, fisioterapia, psicomotricidad, psicoterapia, odontología, oftalmología.  - Especificar: | | | | | | 161,20 euros/mes  Para acreditar el gasto se deberá presentar:  • Prescripción médica debidamente extendida por el facultativo correspondiente que acredite la necesidad del tratamiento.  • Presupuesto original debidamente firmado y sellado que justifique el coste de la acción a realizar, emitido por el profesional colegiado.  Por estos conceptos se podrá acceder a un importe máximo igual a 1.872,00€/anual. | | | | | | | | |
| 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: |
| Alimentación, vestimenta e higiene doméstica y personal |
| Alquiler (máximo 4 meses, excepcionalmente 6 meses) |
| Suministro de agua |
| Suministro eléctrico |
| Gastos sanitarios y/o ayudas médicas por prescripción facultativa emitido por un profesional del sistema público sanitario |
| Vestimenta, libros y material escolar (imprescindible haber solicitado beca o ayuda para tal fin) |
| Transporte (en el caso de trasporte escolar imprescindible haber solicitado beca o ayuda para tal fin) |
| 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 |
| Fdo.: | Fdo.: |