

FICHA DE REGISTRO DE USUARIOS PARA ASESORAMIENTOS Y PARA ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS DEPENDIENTES Y FAMILIARES

LUGAR DE INTERVENCIÓN:			
SERVICIO A SOLICITAR:	<input type="checkbox"/> ASESORAMIENTO: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/> PSICOLOGÍA <input checked="" type="checkbox"/> ACOMPañAMIENTO/SUSTITUCIÓN DEL CUIDADOR/A <input type="checkbox"/> OTROS:		
FECHA:	/		/ 2021
NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI / NIE:			
EDAD:		FECHA DE NACIMIENTO:/...../19....
PAÍS DE PROCEDENCIA	<input type="checkbox"/> ESPAÑA <input type="checkbox"/> OTRO:		
TELÉFONO			
DIRECCIÓN			
CÓDIGO POSTAL			
LOCALIDAD			
CORREO ELECTRÓNICO	@		

SITUACIÓN LABORAL (marque con una X la casilla que corresponda)

- Persona inactiva laboralmente (pensionistas, estudiantes, etc.)**
- Desempleado/a cobrando la prestación por desempleo**
- Desempleado/a con subsidio de desempleo de larga duración (más de 12 meses)**
- Personas que han agotado la prestación/subsidio de desempleo**
- Personas en situación de precariedad laboral ⁽¹⁾**
(1) Empleos sujetos a altas tasas de temporalidad, retribución insuficiente, jornada laboral abusiva, sin alta en seguridad social.
- En caso de estar trabajando, indique su ocupación actual:**

ESTUDIOS FINALIZADOS (marque con una X la casilla que corresponda)

- Sin estudios
 Educación Primaria
 Educación Secundaria⁽²⁾
 Educación postsecundaria no superior⁽³⁾
 Educación superior⁽⁴⁾

(2) Educación Secundaria Obligatoria (1º a 4º de la ESO) y Formación Profesional Básica

(3) Bachillerato y Formación Profesional de Grado Medio

(4) Formación Profesional de Grado Superior, Diplomados universitarios y Licenciados

¿ESTÁ VALORADO COMO DEPENDIENTE? (marque con una X la casilla que corresponda) SI NO

¿En qué grado?

- GRADO I
 GRADO II
 GRADO III

¿CÓMO NOS HA CONOCIDO? (marque con una X la casilla que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Página web | <input type="checkbox"/> Publicidad |
| <input type="checkbox"/> Servicios Sociales del Ayuntamiento | <input type="checkbox"/> Redes Sociales |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico | <input type="checkbox"/> Familiares, amigos |
| | <input type="checkbox"/> Otros |

DOCUMENTACIÓN A APORTAR CON ESTA FICHA

- Fotocopia de DNI/NIE**
 Solicitud de dependencia, discapacidad o informe médico que acredite el servicio

Firmado: