



Av. José M^a Alcaraz y Alenda, s/n – Pasaje
06011 – Badajoz
Tf. : 924. 24. 89. 82
Fax : 924. 243. 572
Dip.bienestar@dip-badajoz.es

SOLICITUD DEL USUARIO

D./^a _____, mayor de edad, con D.N.I. n^o _____ con

Domicilio en _____ Calle _____

_____ Código Postal 06 _____ y Teléfono n^o 924. _____

EXPONE :

Que conociendo el Proyecto de TeleAsistencia Domiciliaria de la Diputación

SOLICITA :

Me sea concedido el Servicio de TeleAsistencia Domiciliaria.

En _____ a _____ de _____ de 200__

Fdo. EL INTERESADO

EXCEMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN DE BADAJOZ



2.- EXPEDIENTE

Nº Expediente		Código Prioridad		Oficina C.R.E.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- 01	<input type="text"/>
Terminal		Nº Serie Terminal		Accesorios
Modelo		<input type="text"/>		<input type="text"/>

S. S. B.

Responsable: _____

Observaciones : _____

[TeleAsistencia Domiciliaria](#) [TeleAsistencia Domiciliaria](#) [TeleAsistencia Domiciliaria](#) [TeleAsistencia Domiciliaria](#)

3.VIVIENDA

Calle _____ N° _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____

Barrio _____ Pedanía de _____

Población : _____ Código Postal : 06- _____

Provincia : _____ Teléfono : 924 - _____

Tipo de Vivienda : Edificio de Vecinos Unifamiliar Unifamiliar Aislada

Unifamiliar Rural Aislada Pisos Tutelados Otros

Acceso de Emergencias Acceso mi núsvalidos Ascensor

Portero: Automático Físico Control de Acceso

Localización Acceso Emergencias

Gas : Se Utiliza Gas ___ Tipo _____ Localización Llave Corte _____

Electricidad: Voltaje _____ Compañía _____

Localización Interruptor General _____

Agua: Localización Llave del Agua _____



4. SANITARIOS

TEL.EASISTENCIA DOMICILIARIA TEL.EASISTENCIA DOMICILIARIA TEL.EASISTENCIA DOMICILIARIA TEL.EASISTENCIA DOMICILIARIA

Entidad Aseguradora

Nombre _____ N° de Afiliación _____ Titular __ Beneficiario__

Nombre _____ N° de Afiliación _____ Titular __ Beneficiario__

Nombre _____ N° de Afiliación _____ Titular __ Beneficiario__

Centros Sanitarios (Ambulatorio, Centro de Salud, Hospital)

Nombre _____ Dirección _____

Localidad _____ Telf. Consulta – 924 _____ Telf. Urgencias – 924 _____

Distancia _____ Aseguradora _____

Nombre _____ Dirección _____

Localidad _____ Telf. Consulta – 924 _____ Telf. Urgencias – 924 _____

Distancia _____ Aseguradora _____

Nombre _____ Dirección _____

Localidad _____ Telf. Consulta – 924 _____ Telf. Urgencias – 924 _____

Distancia _____ Aseguradora _____

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Nombre _____ Especialidad : Médico de Cabecera

Centro Sanitario: _____ Teléfono: 924 - _____

Horario : _____ Aseguradora : _____ Teléfono Urgencias: 924 - _____

Nombre _____ Especialidad : Médico de Cabecera

Centro Sanitario: _____ Teléfono: 924 - _____

Horario : _____ Aseguradora : _____ Teléfono Urgencias: 924 - _____

Nombre _____ Especialidad : Médico de Cabecera

Centro Sanitario: _____ Teléfono: 924 - _____

Horario : _____ Aseguradora : _____ Teléfono Urgencias: 924 - _____

5. CONTACTOS (1)

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Datos Personales

Nombre _____ Relación _____ Tiene Llave: Si ___ No ___
Domicilio _____ N ° _____ Piso _____ Teléfono _____

Horario de Localización

Localidad _____ Desde _____ Hasta _____ Distancia al domicilio usuario (minutos) _____

Datos Laborales

Empresa _____ Calle _____ N ° _____ Piso _____

Localidad _____ Localización en el Trabajo: Desde : _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Distancia al domicilio del usuario en minutos _____

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Observaciones

Móvil _____ N ° de Teléfono _____

Fin de Semana _____ N ° de Abonado _____

Datos Personales

Nombre _____ Relación _____ Tiene Llave: Si ___ No ___

Domicilio _____ N ° _____ Piso _____ Teléfono _____

Horario de Localización

Localidad _____ Desde _____ Hasta _____ Distancia al domicilio usuario (minutos) _____

Datos Laborales

Empresa _____ Calle _____ N ° _____ Piso _____

Localidad _____ Localización en el Trabajo: Desde : _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Distancia al domicilio del usuario en minutos _____

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Observaciones

Móvil _____ N ° de Teléfono _____

Fin de Semana _____ N ° de Abonado _____

5. CONTACTOS (2)

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Datos Personales

Nombre _____ Relación _____ Tiene Llave: Si ___ No ___
Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Teléfono _____

Horario de Localización

Localidad _____ Desde _____ Hasta _____ Distancia al domicilio usuario (minutos) _____

Datos Laborales

Empresa _____ Calle _____ N° _____ Piso _____

Localidad _____ Localización en el Trabajo: Desde : _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Distancia al domicilio del usuario en minutos _____

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Observaciones

Móvil _____ N° de Teléfono _____

Fin de Semana _____ N° de Abonado _____

Datos Personales

Nombre _____ Relación _____ Tiene Llave: Si ___ No ___

Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Teléfono _____

Horario de Localización

Localidad _____ Desde _____ Hasta _____ Distancia al domicilio usuario (minutos) _____

Datos Laborales

Empresa _____ Calle _____ N° _____ Piso _____

Localidad _____ Localización en el Trabajo: Desde : _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Distancia al domicilio del usuario en minutos _____

Otros Teléfonos Buscapersonas Observaciones

Móvil _____ N° de Teléfono _____

Fin de Semana _____ N° de Abonado _____

5. CONTACTOS (3)

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Datos Personales

Nombre _____ Relación _____ Tiene Llave: Si ___ No ___
Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Teléfono _____

Horario de Localización

Localidad _____ Desde _____ Hasta _____ Distancia al domicilio usuario (minutos) _____

Datos Laborales

Empresa _____ Calle _____ N° _____ Piso _____

Localidad _____ Localización en el Trabajo: Desde : _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Distancia al domicilio del usuario en minutos _____

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Observaciones

Móvil _____ N° de Teléfono _____

Fin de Semana _____ N° de Abonado _____

Datos Personales

Nombre _____ Relación _____ Tiene Llave: Si ___ No ___

Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Teléfono _____

Horario de Localización

Localidad _____ Desde _____ Hasta _____ Distancia al domicilio usuario (minutos) _____

Datos Laborales

Empresa _____ Calle _____ N° _____ Piso _____

Localidad _____ Localización en el Trabajo: Desde : _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Distancia al domicilio del usuario en minutos _____

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Observaciones

Móvil _____ N° de Teléfono _____

Fin de Semana _____ N° de Abonado _____



6. CONVIVENCIA

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Nombre _____ Relación /Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ___ de _____ de _____

Observaciones

Nombre _____ Relación /Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ___ de _____ de _____

Observaciones

Nombre _____ Relación /Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ___ de _____ de _____

Observaciones

7. RECURSOS

TIPO	POBLACIÓN	TELÉFONOS
<i>Guardia Civil</i>		
<i>Bomberos</i>		
<i>Policía Local</i>		
<i>Protección Civil</i>		
<i>Policía Nacional</i>		
<i>Otros</i>		



8. CONTROL

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Control de Movilidad ____ Tarifa Telefónica : Normal __ Reducida __ Indicar si el teléfono es celular ____

Temporización (en horas) ____ Agendas: Diaria __ Semanal __ Quincenal __ Mensual __

Días : _____ Horas: _____

Mensaje de la Agenda de Seguimiento:

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

9. AYUDAS

Tipo de Ayuda	Entidad	Frecuencia
Ayuda a Domicilio Básica		
Comida Condimentada a Domicilio		
Asistencia a Hospital o Centro de Día		
Transporte Adaptado		
Voluntario Seguimiento. Tf:		



10. SITUACIÓN FÍSICA Y PSIQUICA

TEL.EASISTENCIA DOMICILIARIA TEL.EASISTENCIA DOMICILIARIA TEL.EASISTENCIA DOMICILIARIA TEL.EASISTENCIA DOMICILIARIA

Riesgos específicos :

Actuación ante riesgos :

Estado Físico:

Minusvalías Físicas:

Estado Psíquico :

* Caso de deterioro Cognitivo o demencia, indicar si le incapacita para hacer un uso adecuado del TAD

Minusvalías Psíquicas

* ¿ Le incapacita para hacer un uso adecuado del TAD?

Características Sensoriales:

* ¿ Le incapacita para hacer un uso adecuado del TAD?

Minusvalías Sensoriales:

*En caso de hipoacusia indicar si el grado de ésta.....le incapacita para hacer un uso adecuado del TAD.

Medicación:

Firma y Sello Médico



11. HISTORIA CLÍNICA

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Firma y Sello Médico



Av. José M^a Alcaraz y Alenda, s/n – Pasaje
06011 – Badajoz
Tf. : 924. 24. 89. 82
Fax : 924. 243. 572
Dip.bienestar@dip-badajoz.es

MODELO DE COMUNICACIÓN AYUNTAMIENTO – DIPUTACIÓN

AYUNTAMIENTO DE : _____

D./^a _____ Alcalde / sa Presidente / a del Ayuntamiento

de _____ perteneciente al Centro de Servicios Sociales

Comunitarios de _____ una vez revisados los informes

pertinentes y valorado el caso de D. / ^a. _____

con domicilio en _____ estima :

Procedente la concesión de TeleAsistencia Domiciliaria

No Procedente la concesión de TeleAsistencia Domiciliaria

Y por el presente escrito se compromete a aceptar las bases para el funcionamiento del Proyecto Provincial de TeleAsistencia Domiciliaria y a aportar la cantidad aprobada por la Diputación Provincial el porcentaje de financiación del ___% que le corresponde según las bases antes mencionadas, ingresando _____ €

Lo que firmo

En _____ a ___ de _____ de 200__

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN DE BADAJOZ

MODELO DE AUTORIZACION PARA TAD 4

D / D^a, mayor de edad, con N.I.F. n°
con domicilio enCI/ n° C.P.
Usuario / a de T. A . D .

AUTORIZO a:

D / D^a, con D.N.I. n°

Teléfono de Contacto:

D / D^a, con D.N.I. n°

Teléfono de Contacto:

A lo siguiente:

1. Tener llaves de mi domicilio, para que Cruz Roja Española, en adelante (**C.R.E**) pueda acceder al mismo a fin de retirar, **temporalmente**, el Terminal de T.A.D , cuando se produzca una ausencia temporal por mi parte (**Situaciones de TAD 4**), siempre y en la medida de lo posible estando presente en la entrada al domicilio, **el autorizado**.
2. También autorizo a C.R.E., y a los **servicios sanitarios gestionados a través de CRE**, a entrar en mi domicilio, y en las mismas condiciones señaladas en el punto numero 1º, en casos de fuerza mayor, siempre que exista un riesgo evidente que atente contra mi integridad física, como Usuario del Servicio de T.A.D.

Asimismo, mediante la firma de la presente Autorización, el Autorizante / usuario, se compromete, a la vez que autoriza a su contacto, a lo siguiente:

1. Llamar a los Teléfonos de contacto: 924 – 24 02 00, 924 – 22 22 22, 924 – 22 96 30, de CRE, como a los Servicios Sociales de Base, **con 48 a 72 horas de antelación** al día previsto para el regreso por parte del Usuario, en caso de Ausencias Temporales, con el fin de que CRE, pueda instalar el Terminal de TAD, en el domicilio del Usuario / Beneficiario y de esta forma no se vea nunca interrumpido el servicio de T.A.D.

Fdo: _____

En a de de

Cláusulas Adicionales:

- El presente documento debe acompañarse de la fotocopia del DNI del autorizante. El autorizado debe acreditar su identidad, ante Cruz Roja Española. La presente Autorización, en cuanto a la interpretación de su contenido, en caso de discrepancia o duda sobre la misma, se sujeta a las estipulaciones contenidas en el Acta de la Reunión, de fecha 25.01.2008, suscrita entre las partes CRE y DIPUTACIÓN DE BADAJOZ (Area de Bienestar Social).
- **Importante: El modelo de Autorización para TAD 4, se incorpora como parte integrante de los TAD 2-A, y en caso de expedientes ya iniciados, se incorporan a los modelos de TAD 4, y se cumplimentara junto con los TAD 4.**



Av. José M^a Alcaraz y Alenda, s/n – Pasaje
06011 – Badajoz
Tf. : 924. 24. 89. 82
Fax : 924. 243. 572
Dip.bienestar@dip-badajoz.es

Servicio Provincial de TeleAsistencia

Documento de Baja

Documento de Renuncia

(1) * Marcar la opción que proceda.

USUARIO

D./^a _____ D.N.I. n^o _____ ,

domicilio _____ Calle _____ n^o _____

Código Postal 06_____

MOTIVO _____

S. S. B

D / ^a. _____ Trabajador Social del Servicio Social de

Base de _____ Solicita la Baja / Renuncia del Usuaría

arriba reseñado.

En _____ a ___ de _____ de 200__

Fdo. S. S. B.

Fdo.- El Interesado.

* obligatorio si renuncia

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN DE BADAJOZ.

1.- Se marcará Renuncia TAD 6, siempre que el Solicitante NO TENGA INSTALADO el Terminal.