



INFORME SOCIAL

(Anexo a solicitud de “Menjar a Casa”)

A DATOS DEL AYUNTAMIENTO

AYUNTAMIENTO DE

NOMBRE, APELLIDOS Y TELÉFONO DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL QUE EMITE EL INFORME

B DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS

NOMBRE

D.N.I.

C DATOS DEL INFORME

LA PERSONA SOLICITANTE PUEDE UTILIZAR POR SI MISMO EL SERVICIO

- Sí
 No

VIVE SOLO

- Sí
 No

TIENE VÍNCULOS FAMILIARES

- Sí
 No

RELACIONES VECINALES: LE PRESTAN APOYO

- Sí
 No

PROCEDE LA NECESIDAD DE AYUDA DE OTRA PERSONA

- Sí
 No

DISPONE EN SU DOMICILIO DE FRIGORÍFICO/CONGELADOR

- Sí
 No

DISPONE EN SU DOMICILIO DE MICROONDAS/HORNO

- Sí
 No



PRESTACIONES QUE RECIBE

1. AYUDA A DOMICILIO

- Sí
- No

2. TELEASISTENCIA

- Sí
- No

3. OTROS (ESPECIFICAR)

- Sí
- No

D DATOS PARA VALORACIÓN DE LA SOLICITUD

UNIDAD DE CONVIVENCIA

- 1. Más de una persona, ninguna con dependencia
- 2. Más de una persona, alguna con dependencia
- 3. Persona sola
- 4. Persona sola con problemas de movilidad

PENSIÓN MEDIA MENSUAL

(En el caso de cónyuges la suma de las pensiones se dividirá por 2 para obtener la pensión media individual a efectos de aplicar el baremo)

- 5. Menos de 525 euros
- 6. Más de 525 y menos de 650
- 7. Más de 650 y menos de 750
- 8. Más de 750 y menos de 850
- 9. Más de 850 y menos de 950
- 10. Más de 950 y menos de 1050
- 11. Más de 1.050 y menos de 1.150
- 12. Más de 1.150 y menos de 1.250
- 13. Más de 1.250 y menos de 1.350
- 14. Más de 1.350 y menos de 1.450
- 15. Más de 1.450

EDAD

- 16. De 65 a 70 años
- 17. De 71 a 80 años
- 18. De 81 a 85 años
- 19. Más de 85 años

CERTIFICADO MINUSVALÍA

Rellenar en caso de estar en posesión de minusvalía igual o superior al **33%**

- 20. Igual o superior al 33 % e inferior al 65%
- 21. Igual o superior al 65 % e inferior al 75%
- 22. Igual o superior al 75%



menjar a casa

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL



OTRAS CIRCUNSTANCIAS

- 23. Se señalarán aquellas situaciones específicas que se estime oportuno y que no han sido contempladas en los parámetros establecidos.

OBSERVACIONES

_____ , ___ de _____ de _____

Firma: _____
(Trabajador/a social)