

C. NECESIDADES DE ATENCION

¿El/la solicitante necesita ayuda para las Actividades de la Vida Diaria?

- COMER CAMINAR IR Y USAR EL BAÑO
 VESTIRSE ASEARSE CONTROLAR ESFINTERES

OTRAS: _____

¿Precisa Ayuda para Actividades de Frecuencia No Diaria?

- LAVADO DE ROPA LIMPIEZA DE VIVIENDA COMPRAS

OTRAS: _____

Personas que le Atienden Habitualmente

- HIJOS/AS OTROS FAMILIARES VECINOS/AS EMPLEADOS/AS DEL HOGAR NADIE

OTRAS: _____

¿Con qué Frecuencia le Atienden Habitualmente?

- DIARIA SEMANAL MENSUAL VARIAS VECES AL AÑO
 ANUAL NUNCA

¿Recibe Alguno de los Siguietes Servicios?

- AYUDA A DOMICILIO VIVIENDA TUTELADA HOGAR O CLUB AYUDA ECONOMICA
 CENTRO DE DIA COMEDOR COMIDA A DOMICILIO TELEASISTENCIA

OTROS: _____

Calificar la Atención que Recibe

- CON GRAVES CARENCIAS INSUFICIENTE INADECUADA ADECUADA

ESPECIFICAR MOTIVOS: _____

D. SITUACION DE LA VIVIENDA

TIPO DE ALOJAMIENTO

- VIVIENDA FAMILIAR HABITACIÓN ALBERGUE PENSIÓN RESIDENCIA CHABOLA, CUEVA

REGIMEN DE TENENCIA

- EN PROPIEDAD CEDIDA POR FAMILIARES EN ALQUILER COMPARTIDA EN USUFRUCTO
 EN DESAHUCIO VIVE CON HIJOS/AS EN REALQUILER
 CEDIDA POR PERSONAS NO FAMILIARES EN CESION DE PROPIEDAD A CAMBIO DE RENTA VITALICIA

COSTE ANUAL DEL ALOJAMIENTO

| Concepto | Cuantía Anual |
|-------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ALQUILER | _____ |
| <input type="checkbox"/> HIPOTECA | _____ |
| <input type="checkbox"/> RESIDENCIA | _____ |
| <input type="checkbox"/> PENSION | _____ |
| <input type="checkbox"/> OTROS | _____ |

