



ANEXO

Modelo de Programa de apoyo domiciliario personalizado (PAD)

Nº EXPEDIENTE

DATOS DE LA PERSONA USUARIA:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

Email:

DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

Email:

DATOS DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

Grado:

PIA:

Productos de apoyo (los que utiliza/ necesita):

SITUACIÓN FAMILIAR (Especificar convivencia y apoyos familiares)

ENTIDAD PRESTADORA:

Titularidad Pública

Empresa Privada



Nombre de la entidad/ empresa que presta el servicio

Dirección

Fecha de comienzo del servicio

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:

TAREAS A REALIZAR (Marcar con una X y especificar tareas)

De Apoyo Personal		Observaciones
Aseo/ Baño		
Vestido		
movilizaciones		
Administración de alimentos		
Control/ suministro de medicación		
Cuidado personal		
Acompañamiento		
Movilización en el entorno		
Otras		
De apoyo Doméstico		Observaciones
Limpieza del hogar		
Lavandería		
Preparación de alimentos		
Realización de compras y gestiones		
De apoyo en el entorno		Observaciones

HORARIO (Marcar con una X y especificar horario)

DIAS		HORARIO
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingos		

Total de horas al mes:

PROFESIONAL DE REFERENCIA:



OBSERVACIONES:

EVALUACIÓN: