

ANEXO I

ANEXO I MODELO DE INFORME DE INTERVENCIÓN SERVICIO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS SOCIALES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INFORMANTE

D/Dª
DNI, N° PLACA, N° COL.:
ORGANISMO AL QUE PERTENECE:
FECHA Y HORA DE LA RECEPCIÓN DE LA LLAMADA: / / . : horas.
POBLACIÓN, DIRECCIÓN, LUGAR EXACTO:
TIPO DE ATENCIÓN: TELEFÓNICA <input type="checkbox"/> PRESENCIAL <input type="checkbox"/> (Marque con una cruz lo que proceda)

DATOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS

NOMBRE Y APELLIDOS:
NOMBRE Y APELLIDOS:
NOMBRE Y APELLIDOS:
NOMBRE Y APELLIDOS:

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PERSONAL DE GUARDIA

NOMBRE Y APELLIDOS:

VALORACIÓN DE LA URGENCIA (marque con una X lo que proceda)

¿La salud o seguridad de la/s personas se encuentra en peligro?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿La gravedad de la situación requiere inmediatez de respuesta?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Existe figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Existe situación de urgencia?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Se requiere intervención de tipo telefónica?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Se requiere intervención de tipo presencial?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

INTERVENCIÓN (marque con una cruz lo que proceda)

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:

<i>RECURSOS OFERTADOS</i>	<i>RECURSOS APLICADOS</i>
Servicio de transporte <input type="checkbox"/>	Servicio de transporte <input type="checkbox"/>
Alojamiento alternativo <input type="checkbox"/>	Alojamiento alternativo <input type="checkbox"/>
Atenciones domiciliarias <input type="checkbox"/>	Atenciones domiciliarias <input type="checkbox"/>

Otros recursos

Número e identificación del personal profesional y recursos movilizados

¿Se han movilizado recursos especializados de atención a menores? SÍ NO

¿Se han movilizado recursos especializados de atención a la mujer? SÍ NO

SITUACIÓN ACAECIDA (Marque con una cruz lo que proceda)

- Agresiones, malos tratos y otras situaciones análogas de violencia.
- Abandono de personas sin apoyos ni recursos personales o familiares.
- Pérdidas repentinas de alojamiento por desalojo, incendio, derrumbamiento o similares.
- Situaciones de desprotección social relacionadas con falta de autonomía personal, sin apoyo familiar suficiente y/o escasez de recursos económicos.
- Situaciones urgentes y especiales que afecten a personas sin hogar.
- Situaciones que requieran de atención psicosocial urgente.
- Otras circunstancias valoradas por los/as profesionales.

SEGUIMIENTO DE LA SITUACIÓN (Propuesta de intervención posterior a la urgencia)

Emisión del Informe:

Lugar: Fecha: / / Hora: :

Fdo.....

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero del Servicios Sociales de Base, cuya finalidad es apoyar la gestión de prestaciones y servicios a las personas usuarias y para fines estadísticos, y podrán ser cedidos de conformidad con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. El órgano responsable del fichero es el Servicio Social de Base ante el cual e interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

ANEXO II

ANEXO II
 MODELO ORIENTATIVO DE DATOS DE CONTACTO
 SERVICIO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS SOCIALES

DATOS COMARCA

<u>RECURSO</u>	<u>CONTACTO</u>	<u>TELÉFONO 1</u>	<u>TELÉFONO 2</u>
<u>Presidente/a</u>	_____	_____	_____
<u>Vicepresidente/a</u>	_____	_____	_____
<u>Consejero/a</u>	_____	_____	_____
<u>Urgencias menores</u>	_____	_____	_____
<u>Urgencias I/AM</u>	_____	_____	_____
<u>Otras urgencias</u>	_____	_____	_____
<u>Emume</u>	_____	_____	_____
<u>Emergencias</u>	_____	_____	_____
<u>Protección civil</u>	_____	_____	_____
<u>Policía local</u>	_____	_____	_____
<u>Bomberos</u>	_____	_____	_____
<u>Hospital</u>	_____	_____	_____
<u>Cáritas</u>	_____	_____	_____
<u>Cruz roja</u>	_____	_____	_____
<u>Residencia entidad local</u>	_____	_____	_____
<u>Residencia I/ASS</u>	_____	_____	_____
<u>Ambulancias 24 horas</u>	_____	_____	_____
<u>Taxi adaptado 24 horas</u>	_____	_____	_____
<u>Taxi 24 horas</u>	_____	_____	_____

ANEXO III

ANEXO III
 MODELO ORIENTATIVO DE RECURSOS DISPONIBLES POR
 MUNICIPIO

MUNICIPIO									
RECURSO	Ayto.	Juzgado	Centro Salud	Hospital	Farmacia	Albergue	Residencia	Centro día	
<i>Titular</i>									
<i>Dirección</i>									
<i>C.P.</i>									
<i>Teléfono</i>									
<i>Móvil</i>									
<i>Mail</i>									
<i>Fax</i>									
<i>NIF</i>									
<i>Persona contacto</i>									
<i>Horario atención</i>									
<i>Tipología usuarios/as</i>									
<i>Forma de acceso</i>									
<i>Documentación necesaria</i>									
<i>Requisitos</i>									
<i>Accesibilidad</i>									
<i>Capacidad</i>									
<i>Observaciones</i>									

MUNICIPIO									
RECURSO	Hotel	Pensión	Parador	Camping	Restaurante	Bar	Taxi 1	Taxi 2	
<i>Titular</i>									
<i>Dirección</i>									
<i>C.P.</i>									
<i>Teléfono</i>									
<i>Móvil</i>									
<i>Mail</i>									
<i>Fax</i>									
<i>NIF</i>									
<i>Persona contacto</i>									
<i>Horario atención</i>									
<i>Tipología usuarios</i>									
<i>Forma de acceso</i>									
<i>Documentación necesaria</i>									
<i>Requisitos</i>									
<i>Accesibilidad</i>									
<i>Capacidad</i>									
<i>Observaciones</i>									