



## **SOLICITUD DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR**

D<sup>o</sup> /<sup>a</sup>.....,  
COMO

CUIDADOR/A DE D<sup>o</sup> /<sup>a</sup>..... .

**SOLICITO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR , ESTANDO INFORMADO/A DE QUE :**

- LAS TAREAS A REALIZAR POR LAS TRABAJADORAS DEL PROGRAMA SE REFIEREN A ACOMPAÑAMIENTO, VIGILANCIA Y, EN SU CASO, ACTIVIDADES CON EL ENFERMO, EN NINGÚN CASO SE REALIZARAN LAS TAREAS PROPIAS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (TAREAS DOMÉSTICAS, CUIDADOS PERSONALES ETC...)

### **FAMILIAR SOLICITANTE:**

NOMBRE Y APELLIDOS .....

EDAD ..... DIRECCIÓN .....

TELÉFONO..... RELACIÓN DE PARENTESCO.....

### **DATOS DEL ENFERMO**

NOMBRE Y APELLIDOS .....EDAD .....

OTROS FAMILIARES CON LOS QUE SE CONVIVE:

| NOMBRE Y APELLIDOS | REL. DE PARENTESCO | EDAD | OCUPACIÓN |
|--------------------|--------------------|------|-----------|
|                    |                    |      |           |
|                    |                    |      |           |
|                    |                    |      |           |

**SR. PRESIDENTE DE LA MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES  
DE LA COMARCA DEL NOROESTE**



## **PERFIL DEL ENFERMO**

**ENFERMEDAD QUE PADECE** .....

|                                       | <b>MUCHA</b> | <b>ALGUNA</b> | <b>NINGUNA</b> |
|---------------------------------------|--------------|---------------|----------------|
| <b>FALTA DE AUTONOMÍA</b>             | <b>X</b>     | <b>X</b>      | <b>X</b>       |
| <b>GRADO DE DESORIENTACIÓN</b>        | <b>X</b>     | <b>X</b>      | <b>X</b>       |
| <b>ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO</b> | <b>X</b>     | <b>X</b>      | <b>X</b>       |

**DESCRIBIR BREVEMENTE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO  
( SI TIENE GRADO ALTO DE AGITACIÓN, COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS , ESTÁ INMOVILIZADO,  
ETC....)**

**HORARIO DE PREFERENCIA Y DÍAS DE LA SEMANA.....**

**TIPO DE ACTIVIDAD ESPECÍFICA QUE EL SERVICIO PODRÍA REALIZAR ( NO SERVICIOS DOMÉSTICOS  
NI CUIDADOS PERSONALES**

**EN**