**ANEXO IV**

**INFORME TÉCNICO SERVICIO CORRESPONSABLES “YO CONCILIO”**

**ASUNTO:**

ALTA

REVISIÓN POR

OTROS

**PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME**

**FAMILIA USUARIA DE SERVICIOS SOCIALES: SI\_\_/NO\_\_ Nº TS DE REFERENCIA: \_\_\_**

**SOLICITANTE**

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI/NIE/PASAPORTE:

DOMICILIO:       TELÉFONO:

C.P.:       LOCALIDAD:

Nº Expte.(APSS): Email:

**Nombre y edad menores para los que se solicita el servicio:**

**UNIDAD CONVIVENCIAL (composición, edad,….)**

**SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR**

* Familias monoparentales.
* Víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia contra las mujeres.
* Mujeres en situación de desempleo de larga duración.
* Mujeres mayores de 45 años.
* Unidades familiares en las que existan otras responsabilidades relacionadas con los cuidados, responsabilidades relacionadas con los cuidados, y personas mayores a su cargo.
* Otras. (Descripción:)

**MOTIVO DE SOLICITUD DEL SERVICIO Y TAREAS A REALIZAR**

**VIVIENDA (accesibilidad, habitabilidad, equipamiento, coste….)**

**SITUACIÓN ECONÓMICA (ingresos, gastos,…)**

**OBSERVACIONES**

**PROPUESTA DE RESOLUCIÓN**

CONCEDER el servicio solicitado

DENEGAR el servicio solicitado. Motivo:

**PROPUESTA DE CONCESIÓN DEL SERVICIO CORRESPONSABLES**

TIPOLOGIA DEL SERVICIO

* En el domicilio:
  + Cuidados en el domicilio
  + Acompañamientos fuera del domicilio
* En espacio público

TIEMPO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

HORARIO DE PRESTACIÓN

TASA A ABONAR POR EL BENEFICIARIO

FECHA DE ALTA

OTRAS CONSIDERACIONES

     , a       de       de

Fdo.: