

## Encuesta social

(Completar todos los campos del formulario)

Fecha

...../...../.....

### Datos del socio

Nombre y Apellido			
Domicilio donde reside:			Localidad
N° de Socio	N° de DNI	Fecha de Nacimiento	Edad
Estado Civil	Ocupación	Ingreso (jubilación/pensión)	

### Datos del familiar/persona de contacto

Nombre y Apellido:	DNI:	Apoderado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Ocupación:	Parentesco/Vínculo con el socio:		
Domicilio:	Mail:	Teléfono:	

### Grupo familiar

Nombre y apellido	Parentesco	Edad	Ocupación	Ingresos	Convive
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

### Organización actual de los cuidados

Marque con una (x) lo que corresponda:

Actualmente el socio recibe cuidados:

<input type="checkbox"/> En una institución. Desde: .....
<input type="checkbox"/> En su domicilio, por parte de familiares. Desde: .....
<input type="checkbox"/> En su domicilio, por parte de terceros contratados para esa tarea. Desde: .....
<input type="checkbox"/> Otros. Desde: .....
Costo mensual del servicio: .....

Se abona con:

Ingresos del socio <input type="checkbox"/>	Sus ahorros <input type="checkbox"/>	Ayuda familiar <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	---	--------------------------------

Firma	Aclaración	DNI:
.....	.....	.....