

ANEXO III
Informe social

MUNICIPIO:

PROFESIONAL DE CONTACTO:

Trabajador/a Social que firma el informe:

Tfno:

E-mail:

Motivo del Informe Social: **Comprobación del cumplimiento de los requisitos socioeconómicos para el Programa para la Prevención de la Exclusión Social.**

| DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE | | | |
|---------------------------------|-----------|------|------------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | NIF | TFNO. |
| | | | |
| DOMICILIO | MUNICIPIO | C.P. | FECHA NACIMIENTO |
| | | | |

| DATOS UNIDAD FAMILIAR | | | |
|--|----|--------------|----|
| Nº miembros unidad familiar: | | Nº de hijos: | |
| | | Edades: | |
| ¿Alguno de los hijos mayores de 25 años padece una discapacidad? | SI | | NO |
| ¿Alguno de los miembros de la unidad familiar ha sido víctima de violencia de género? | SI | | NO |
| ¿Alguno de los miembros de la unidad familiar es estudiante universitario o de Grado Medio o Superior? | SI | | NO |

| DATOS ECONÓMICOS DE LA PERSONA SOLICITANTE | | | |
|---|----|---------|----|
| INGRESOS MENSUALES (media de los 6 meses anteriores a la fecha de la solicitud) | | | € |
| ¿Ha realizado actividad laboral en los últimos 12 meses? | SI | | NO |
| ¿Ha percibido o percibe alguna prestación económica? | SI | | NO |
| ¿Cuál o cuáles? | | Señalar | € |

DATOS ECONÓMICOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

| | | | |
|---|--------------------|--------------|---|
| MIEMBRO 1 | PARENTESCO: | EDAD: | |
| INGRESOS MENSUALES (media de los 6 meses anteriores a la fecha de la solicitud) | | | € |
| ¿Ha realizado actividad laboral en los últimos 12 meses? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha percibido o percibe alguna prestación económica? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál o cuáles? | | Señalar | € |

| | | | |
|---|--------------------|--------------|---|
| MIEMBRO 2 | PARENTESCO: | EDAD: | |
| INGRESOS MENSUALES (media de los 6 meses anteriores a la fecha de la solicitud) | | | € |
| ¿Ha realizado actividad laboral en los últimos 12 meses? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha percibido o percibe alguna prestación económica? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál o cuáles? | | Señalar | € |

| | | | |
|---|--------------------|--------------|---|
| MIEMBRO 3 | PARENTESCO: | EDAD: | |
| INGRESOS MENSUALES (media de los 6 meses anteriores a la fecha de la solicitud) | | | € |
| ¿Ha realizado actividad laboral en los últimos 12 meses? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha percibido o percibe alguna prestación económica? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál o cuáles? | | Señalar | € |

| | | | |
|---|--------------------|--------------|---|
| MIEMBRO 4 | PARENTESCO: | EDAD: | |
| INGRESOS MENSUALES (media de los 6 meses anteriores a la fecha de la solicitud) | | | € |
| ¿Ha realizado actividad laboral en los últimos 12 meses? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha percibido o percibe alguna prestación económica? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál o cuáles? | | Señalar | € |

| | | | |
|---|--------------------|--------------|---|
| MIEMBRO 5 | PARENTESCO: | EDAD: | |
| INGRESOS MENSUALES (media de los 6 meses anteriores a la fecha de la solicitud) | | | € |
| ¿Ha realizado actividad laboral en los últimos 12 meses? | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |



PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL (PPES 2022)

| | | | | | | |
|--|--|---------|----|--|----|--|
| ¿Ha percibido o percibe alguna prestación económica? | | | SI | | NO | |
| ¿Cuál o cuáles? | | Señalar | € | | | |

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------------|----|--|----|--|
| MIEMBRO 6 | PARENTESCO: | EDAD: | | | | |
| INGRESOS MENSUALES (media de los 6 meses anteriores a la fecha de la solicitud) | | | € | | | |
| ¿Ha realizado actividad laboral en los últimos 12 meses? | | | SI | | NO | |
| ¿Ha percibido o percibe alguna prestación económica? | | | SI | | NO | |
| ¿Cuál o cuáles? | | Señalar | € | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|----|--|----|--|
| DATOS COMUNITARIOS | | | | | | |
| ¿Los Servicios Sociales Comunitarios, PIM o CIM han realizado alguna intervención en esta unidad o con cualquiera de sus miembros en alguna ocasión? | | | SI | | NO | |
| CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA: | | | SI | | NO | |
| VALORACIÓN SOCIAL: | | | | | | |
| DICTAMEN PROFESIONAL: | | | | | | |

Firma Electrónica Trabajador/a Social