



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



ANEXO II - INFORME SOCIAL

A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL

NOMBRE DE LA PERSONA INTERESADA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
OCUPACIÓN:		

CUIDADOR PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
PARENTESCO:		OCUPACIÓN:

UNIDAD DE CONVIVENCIA

1	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	PARENTESCO:		OCUPACIÓN:
2	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	PARENTESCO:		OCUPACIÓN:
3	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	PARENTESCO:		OCUPACIÓN:
4	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	PARENTESCO:		OCUPACIÓN:

DINÁMICA FAMILIAR

<input type="checkbox"/> RELACIONES ESTABLES	<input type="checkbox"/> RELACIONES CONFLICTIVAS
<input type="checkbox"/> INSTITUCIONALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

OBSERVACIONES:

En _____, a _____ de _____ de _____

TRABAJADOR/A SOCIAL:	
CENTRO REMITENTE:	
TELÉFONO DE CONTACTO:	