

| Pr. | Mun. | Zona | Centro | Unidad |
|-----|------|------|--------|--------|
| 46  | 005  | 01   | 001    | 00005  |

Registro de Expedientes

15 Diciembre 2009

**Unidad de Convivencia**

Uts: 001

**Dirección:** CLL REI JAUME I,, 30, 4

**Teléfono:** 965810335

**Población:** 03410 BIAR

ALICANTE

**Municipio Administrativo:**

Hábitat Equipamiento y Vivienda de Unidad de Convivencia

**Tipo de Vivienda:** PISO/APARTAMENTO

**Núm. Habitaciones:**

DE 1 A 5

**Personas:** 06

**Régimen de Tenencia:** ALQUILADA

**Metros Cuadrados:**

DE 81 A 95 M.

Carencias en Hábitat e Higiene

|                        |                |                        |        |                                    |
|------------------------|----------------|------------------------|--------|------------------------------------|
| Lavadora Automática: ✓ | Frigorífico: ✓ | Ventilación: ✓         | NS/NC: | Amenaza Ruina:                     |
| Agua Corriente: ✓      | W.C.: ✓        | Teléfono: ✓            |        | Deterioro Goteras / Humedad:       |
| Electricidad: ✓        | Gas: ✓         | Iluminación Natural: ✓ |        | Barreras Arquitectónicas Acceso: ✓ |
| Agua Caliente: ✓       | Ducha: ✓       | Calefacción total: ✓   |        | Barreras Arquitectónicas Casa: ✓   |

Datos Económicos

|                           |                         |                             |                                   |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <b>Alquiler:</b> 3.600,00 | <b>Agua:</b> 360,00     | <b>Electricidad:</b> 600,00 | <b>Mantenimiento:</b>             |
| <b>Limpieza:</b> 1.032,00 | <b>Teléfono:</b> 730,00 | <b>Gas:</b>                 | <b>Deudas:</b> 2.400,00           |
|                           |                         |                             | <b>Gastos Fijos Año:</b> 8.722,00 |

Condiciones de la Vivienda

**Condiciones Higiénicas:**

**Infraestructura:** ES UNA VIVIENDA EN ALQUILER, CONCRETAMENTE UN PISO, TIENE 90 METROS. DISPONE DE 3 HABITACIONES, BAÑO, COCINA Y COMEDOR, ES UN PRIMER PISO SIN ASCENSOR.

**Movilidad Vivienda:**

**Servicios:**

**Equipamiento:**

Observaciones:

---

---

---

---

---

Espacio disponible para Anotaciones y Registro de Información Cualitativa

| Pr. | Mun. | Zona | Centro | Unidad |
|-----|------|------|--------|--------|
| 46  | 005  | 01   | 001    | 00005  |

**Registro de Expedientes**

**15 Diciembre 2009**

**Datos Personales**

Sra. *JULIA SEBARROJA GALVANY*

Uts: 001

**Fecha Nacimiento:** 14.04.1990    **Nacionalidad:** ESPAÑA    **País de Nacimiento:** ESPAÑA  
**Empadronamiento:**    **T. Residencia C.C.A.A.:**    **Dni:** 16262446-nC    **Teléfono Móvil:**  
**Parentesco:** TIO/A    **Estado Civil:** SOLTERO/A    **Salud:** DISMINUCION FISICA  
**Estudios:** CURSANDO EDUCACION ESPECIAL    **Ingresos:**  
**Actividad Económica:** NO SABE/NO CONTESTA  
**Ocupación:** NO SABE/NO CONTESTA

**Datos Intervención**

Sra. *JULIA SEBARROJA GALVANY*

**Inicio:** 30.11.2009    **Cierre:** . . .    **Terminación:** . . .    **Alta Inem:** . . .  
**Entrada:** 30.11.2009    **Resolución:** . . .    **Renovación:** . . .    **Baja:** . . .

**Valoración:** INFORMACION SOBRE RECURSOS DE PENSIONES  
**Demandado:** PRESTACIONES DE MINUSVALIA  
**Idóneo:** PRESTACIONES DE MINUSVALIA    **Situación Expediente:** ABIERTO  
**Aplicado:** PRESTACIONES DE MINUSVALIA

**Sector Poblacional:** MINUSVALIDOS(Físicos,psíquicos y sensoriales).

**Perceptor:** JULIA SEBARROJA GALVANY

**Importe:**    **Pagos:** 1    **Total Año:**    **Tipo de Pago:**    **Forma de Pago:** Recibo

**UTS Vinculado:**001    **Resuelto:** No    **Propio:**Sí    **Concedido:** No

**Observaciones**

Mujer joven, 19 años, presenta un minusvalia, y un retraso, se necesita tramitar la prestacion por minusvalis, y la pension de orfandad.



| Pr. | Mun. | Zona | Centro | Unidad |
|-----|------|------|--------|--------|
| 46  | 005  | 01   | 001    | 00005  |

**Registro de Expedientes**

**15 Diciembre 2009**

**Datos Personales**

*Sr. D. JAUME CATALÀ BLANCO*

Uts: 001

**Fecha Nacimiento:** 20.11.1950      **Nacionalidad:** ESPAÑA      **País de Nacimiento:** ESPAÑA  
**Empadronamiento:** 30 T. Residencia C.C.A.A.:      **Dni:** 19332910-SF      **Teléfono Móvil:**  
**Parentesco:** TIO/A      **Estado Civil:** CASADO/A      **Salud:** NINGUNA ENFERMEDAD  
**Estudios:** NO SABE/NO CONTESTA      **Ingresos:** 14.400,00  
**Actividad Económica:** TRABAJADORES CUALIFICADOS DE LA INDUSTRIA Y SERVICIOS  
**Ocupación:** TRABAJA POR CUENTA AJENA FIJO

**Datos Intervención**

*Sr. D. JAUME CATALÀ BLANCO*

**Inicio:**      **Cierre:**      **Terminación:**      **Alta Inem:**  
**Entrada:**      **Resolución:**      **Renovación:**      **Baja:**

**Valoración:**  
**Demandado:**  
**Idóneo:**      **Situación Expediente:**  
**Aplicado:**

**Sector Poblacional:**

**Perceptor:**  
**Importe:**      **Pagos:**      **Total Año:**      **Tipo de Pago:**      **Forma de Pago:**  
**UTS Vinculado:**      **Resuelto:** No      **Propio:** No      **Concedido:** No

**Observaciones**

**Total Miembro:** \_\_\_\_\_ **0,00**

| Pr. | Mun. | Zona | Centro | Unidad |
|-----|------|------|--------|--------|
| 46  | 005  | 01   | 001    | 00005  |

**Registro de Expedientes**

**15 Diciembre 2009**

**Datos Personales**

Sra. DOLORES GALVANY MOLINA

Uts: 001

**Fecha Nacimiento:** 23.03.1960      **Nacionalidad:** ESPAÑA      **País de Nacimiento:** ESPAÑA  
**Empadronamiento:** 30 T. Residencia C.C.A.A.:      **Dni:** 52771706-NT      **Teléfono Móvil:**  
**Parentesco:** TIO/A      **Estado Civil:** CASADO/A      **Salud:** NINGUNA ENFERMEDAD  
**Estudios:** NO SABE/NO CONTESTA      **Ingresos:** 10.800,00  
**Actividad Económica:** TRABAJADORES CUALIFICADOS DE LA INDUSTRIA Y SERVICIOS  
**Ocupación:** TRABAJA POR CUENTA AJENA FIJO

**Datos Intervención**

Sra. DOLORES GALVANY MOLINA

**Inicio:** 01.12.2009      **Cierre:** . . .      **Terminación:** . . .      **Alta Inem:** . . .  
**Entrada:** 01.12.2009      **Resolución:** . . .      **Renovación:** . . .      **Baja:** . . .

**Valoración:** INFORMACION SOBRE RECURSOS DE VIVIENDA  
**Demandado:** EMERGENCIA: ADAPTACION HOGAR - UTILES  
**Idóneo:** EMERGENCIA: ADAPTACION HOGAR - UTILES      **Situación Expediente:** ABIERTO  
**Aplicado:** EMERGENCIA: ADAPTACION HOGAR - UTILES

**Sector Poblacional:** MINUSVALIDOS(Físicos,psíquicos y sensoriales).

**Perceptor:** DOLORES GALVANY MOLINA

**Importe:**      **Pagos:** 1      **Total Año:**      **Tipo de Pago:**      **Forma de Pago:** Recibo

**UTS Vinculado:**001      **Resuelto:** No      **Propio:**Sí      **Concedido:** No

| Pr. | Mun. | Zona | Centro | Unidad |
|-----|------|------|--------|--------|
| 46  | 005  | 01   | 001    | 00005  |

**Registro de Expedientes**

**15 Diciembre 2009**

**Datos Intervención** Sra. DOLORES GALVANY MOLINA

**Inicio:** 01.12.2009    **Cierre:** . .    **Terminación:** . .    **Alta Inem:** . .

**Entrada:** 01.12.2009    **Resolución:** . .    **Renovación:** . .    **Baja:** . .

**Valoración:** DIFICULTAD ATENCION ESPECIFICA MIEMBROS DE UNIDAD FAMILIAR

**Demandado:** SERVICIO DOMÉSTICO - S.A.D.

**Idóneo:** SERVICIO DOMÉSTICO - S.A.D.

**Aplicado:** SERVICIO DOMÉSTICO - S.A.D.

**Situación:** APROBADO

**Sector Poblacional:** MINUSVALIDOS(Físicos,psíquicos y sensoriales).

**Perceptor:** DOLORES GALVANY MOLINA

**Importe:**            **Pagos:** 1    **Total Año:**            **Tipo de Pago:**            **Forma de Pago:** Recibo

**UTS Vinculado:**001    **Resuelto:** No    **Propio:**Sí    **Concedido:** No

**Observaciones**

Se necesita apoyo a la familia, para poder mover a Julia, y que así pueda acoplarse a los horarios de la familia de acogida

| Pr. | Mun. | Zona | Centro | Unidad |
|-----|------|------|--------|--------|
| 46  | 005  | 01   | 001    | 00005  |

**Registro de Expedientes**

**15 Diciembre 2009**

**Datos Intervención** Sra. DOLORES GALVANY MOLINA

**Inicio:** 01.12.2009    **Cierre:** . .    **Terminación:** . .    **Alta Inem:** . .

**Entrada:** 01.12.2009    **Resolución:** . .    **Renovación:** . .    **Baja:** . .

**Valoración:** DIFICULTAD ATENCION ESPECIFICA MIEMBROS DE UNIDAD FAMILIAR

**Demandado:** INTERVENCION PSICOSOCIAL INDIVIDUAL O GRUPAL

**Idóneo:** INTERVENCION PSICOSOCIAL INDIVIDUAL O GRUPAL

**Situación Expediente:** ABIERTO

**Aplicado:** INTERVENCION PSICOSOCIAL INDIVIDUAL O GRUPAL

**Sector Poblacional:** FAMILIA

**Perceptor:** DOLORES GALVANY MOLINA

**Importe:**            **Pagos:** 1    **Total Año:**            **Tipo de Pago:**            **Forma de Pago:** Recibo

**UTS Vinculado:**001    **Resuelto:** No    **Propio:**Sí    **Concedido:** No

**Observaciones**

Se necesita de un apoyo social a la familia Molina, pues conlla llegada del nuevo miembro a la unidad familiar, va a vver una serie de cambios y por lo tanto,hay que ver que necesidades tienen cada uno y como se acopla esta nueva situacion al ambito familiar.

**Total Miembro:** \_\_\_\_\_ **0,00**

| Pr. | Mun. | Zona | Centro | Unidad |
|-----|------|------|--------|--------|
| 46  | 005  | 01   | 001    | 00005  |

**Registro de Expedientes**

**15 Diciembre 2009**

**Datos Personales**

Sra. *MARIONA CATALÀ GALVANY*

Uts: 001

Fecha Nacimiento: 20.10.1995      Nacionalidad: ESPAÑA      País de Nacimiento: ESPAÑA  
Empadronamiento: 14 T. Residencia C.C.A.A.:      Dni:      Teléfono Móvil:  
Parentesco:      Estado Civil: SOLTERO/A      Salud: NINGUNA ENFERMEDAD  
Estudios: CURSANDO EDUCACIÓN SECUNDARIA (ESO) O GRADUADO      Ingresos:  
Actividad Económica: ESTUDIANTE O EN EDAD NO LABORAL  
Ocupación:

**Datos Intervención**

Sra. *MARIONA CATALÀ GALVANY*

Inicio:      Cierre:      Terminación:      Alta Inem:  
Entrada:      Resolución:      Renovación:      Baja:

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| Valoración: |                       |
| Demandado:  |                       |
| Idóneo:     | Situación Expediente: |
| Aplicado:   |                       |

**Sector Poblacional:**

Perceptor:  
Importe:      Pagos:      Total Año:      Tipo de Pago:      Forma de Pago:  
UTS Vinculado:      Resuelto: No      Propio: No      Concedido: No

**Observaciones**

Total Miembro: \_\_\_\_\_ 0,00



| Pr. | Mun. | Zona | Centro | Unidad |
|-----|------|------|--------|--------|
| 46  | 005  | 01   | 001    | 00005  |

**Registro de Expedientes**

**15 Diciembre 2009**

**Datos Personales**

*Sr. D. MARTÍ CATALÀ GALVANY*

Uts: 001

**Fecha Nacimiento:** 03.10.2004      **Nacionalidad:** ESPAÑA      **País de Nacimiento:** ESPAÑA  
**Empadronamiento:** 5 T. Residencia C.C.A.A.:      **Dni:**      **Teléfono Móvil:**  
**Parentesco:**      **Estado Civil:** SOLTERO/A      **Salud:** NINGUNA ENFERMEDAD  
**Estudios:** CURSANDO PREESCOLAR      **Ingresos:**  
**Actividad Económica:** ESTUDIANTE O EN EDAD NO LABORAL  
**Ocupación:**

**Datos Intervención**

*Sr. D. MARTÍ CATALÀ GALVANY*

**Inicio:**      **Cierre:**      **Terminación:**      **Alta Inem:**  
**Entrada:**      **Resolución:**      **Renovación:**      **Baja:**

**Valoración:**  
**Demandado:**  
**Idóneo:**      **Situación Expediente:**  
**Aplicado:**

**Sector Poblacional:**

**Perceptor:**  
**Importe:**      **Pagos:**      **Total Año:**      **Tipo de Pago:**      **Forma de Pago:**  
**UTS Vinculado:**      **Resuelto:** No      **Propio:** No      **Concedido:** No

**Observaciones**

**Total Miembro:** 0,00

**Total Pagos por Unidad:** 0,00