  

**PROGRAMA DE ALOJAMIENTOS COMPARTIDOS**

**CUESTIONARIO INICIAL A CUMPLIMENTAR POR LA PERSONA MAYOR**

**Los datos contenidos en este documento son confidenciales, quedando su uso reservado a los fines específicos de este programa social.**

**1. DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos: | | Nombre: | | | NIF: | |
| Domicilio: | | | Localidad: | | | Provincia: |
| Código postal: | Teléfono fijo  Móvil  Email: | | | Sexo:  ☐ Varón ☐ Mujer | | |
|  |  | | |  | | |
| Fecha de nacimiento:  Edad: | | | Localidad: | | | Provincia: |
| Estado civil:  ☐Soltero/a ☐Casado/a ☐Viudo/a ☐Otros .................................. | | | | | | |
| Situación laboral actual:  ☐ Activo/a ☐ Parado/a ☐ Jubilado/a ☐Otra ........................... | | | | | | |
| Actividad profesional desarrollada:  Nivel de estudios:  Datos de contacto de familiares: | | | | | | |

**2. CAPACIDAD FUNCIONAL**

**Indique su percepción sobre su estado de salud actual:**

☐ Excelente

☐ Bueno

☐ Regular

☐ Malo

**Especifique los datos sobre su salud que desee o le parezca importante destacar**

**Señale las actividades para las que necesita ayuda:**

**\*Tareas domésticas** (Por ejemplo: hacer la comida, limpiar la habitación, lavar la ropa, etc)

**\*Aseo e higiene personal** (Por ejemplo: vestirse, ducharse, ir a wc, etc)

**\*Movilidad** (Por ejemplo: caminar, subir y bajar escaleras, etc)

**Otras** (Por ejemplo: hacer la compra, ir al médico, al banco, etc)

**¿Tiene algún tipo de enfermedad o discapacidad?**

En caso afirmativo, indique cual:

**¿Necesita algún tipo de medicación continuada**?

**3. APOYOS SOCIALES**

**¿Cuenta con algún tipo de ayuda?**

**En caso afirmativo, indique de quién y para qué**

**4. DATOS SOCIOFAMILIARES. OCIO Y TIEMPO LIBRE**

**¿Tiene familiares y/o amistades que le visitan? ¿Con qué frecuencia?**

**¿A qué actividades dedica su tiempo libre?**

**¿Pertenece a algún tipo de asociación o colectivo?**

**5. DATOS DEL ALOJAMIENTO**

**Número de dormitorios :**

**Dotaciones de la vivienda:**

☐ Internet

☐ Calefacción

☐ Agua caliente

☐ Lavadora

☐ Ascensor

☐ Otras (indique cuales)

**6. MOTIVACIONES**

**¿Por qué quiere participar en el programa de Alojamientos Compartidos?**

**¿Cómo conoció el programa?**

**7.-EXPECTATIVAS SOBRE LA CONVIVENCIA**

**Especifique su preferencia con respecto a la persona universitaria:**

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Indiferente

Edad: ........

¿Tendría inconveniente en que fuera una persona de otra nacionalidad?

**¿Cuál de las siguientes actividades le gustaría compartir con la persona universitaria?**

☐ Compra de alimentos, medicamentos, etc.

☐ Realización de algunas gestiones más complejas (bancarias u otras)

☐ Tareas domésticas

☐ Compartir actividades de ocio como paseos, cine u otras

☐ Otras (especifique cuáles)

**Señale aquellas opciones que sean un inconveniente para usted:**

☐ Dar una copia de la llave de mi vivienda

☐ Que se ausente fines de semana

☐ Permanencia del universitario en casa si usted está ausente

☐ Otras

**Indique otros aspectos que considere importante mencionar**

En ............................., a ........ de .......................... de 20....

Fdo: