

FICHA SUPERVISION A HOGARES

I. Datos Generales el Hogar

Nombre del Centro	
Nombre del Encargado del Hogar	
Tiempo de Funcionamiento	
Dirección exacta del hogar	
Teléfono	

REQUISITOS DE INGRESO

TIENEN CUOTA INICIAL DE INGRESO

SI: NO: CANTIDAD:

SE PAGA MENSUALIDAD

SI: NO: CANTIDAD:

QUÉ SERVICIOS INCLUYE ESTA MENSUALIDAD

HABITACION		CUIDADO PERSONAL	
ALIMENTACION		SERVICIOS DE SALUD	

OTRO:

EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA REQUERIDA PARA EL INGRESO:

EL CENTRO ESTÁ DIRIGIDA ATENCIÓN DE

MUJERES HOMBRE MIXTO

CUENTA EL HOGAR CON PABELLONES POR SEPARADO PARA HOMBRES Y MUJERES

SI: NO: CANTIDAD:

ALBERGA A ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD

SI: NO: CANTIDAD:

ALBERGA A ADULTOS MAYORES ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL

SI: NO: CANTIDAD:

EXISTE ALGUNA LISTA DE ESPERA PARA INGRESAR AL HOGAR

SI: NO: CANTIDAD:

II. CAPACIDAD Y NÚMERO DE HABITANTES DEL HOGAR DE ANCIANOS

1	CAPACIDAD MÁXIMA DE PERSONAS QUE PUEDE ALBERGAR EN EL HOGAR	
2	CUÁNTAS HABITACIONES EXISTEN	
3	CUÁNTAS CAMAS HAY POR HABITACIÓN	
4	CUÁNTAS PERSONAS VIVEN ACTUALMENTE EN EL HOGAR	
5	CUÁNTAS BAÑOS HAY EN EL HOGAR Y COMO ESTÁN DIVIDIDOS	
6	CUÁNTOS ADULTOS MAYORES HAN FALLECIDO EN EL ÚLTIMO AÑO EN EL HOGAR	

CUELTAN CON MODIFICACIONES PARA ACCESO UNIVERSALES

III. POLÍTICA ORGANIZATIVA

DE QUÉ ORGANISMOS DEPENDE LA INSTITUCIÓN			
	PRIVADO		PUBLICO
OTRO			
CUELTAN CON UNA JUNTA DIRECTIVA			
	SI		NO
CUÁNDO FUE ELECTA LA ACTUAL JUNTA DIRECTIVA			
CUELTAN CON UN REGLAMENTO INTERNO			
	SI		NO
CUÁNTO PERSONAL TIENE EL CENTRO			
	SI		NO
CUELTAN CON PERSONAL DE ATENCIÓN			
	SI		NO
QUIÉN(ES) TOMA(N) LAS DECISIONES SOBRE EL MANEJO DEL CENTRO Y EL INGRESO DE NUEVOS ADULTOS MAYORES			

CUENTA CON PERSONAL ADMINISTRATIVO			
	SI		NO
Descripción			
CUENTA CON OTRO TIPO DE PERSONAL			
	SI		NO
Descripción			
TIENEN PERSONAL VOLUNTARIO			
	SI		NO
Descripción			

SE LE OFRECE ALIMENTACIÓN			
	SI	NO	
SE ESTABLECEN HORARIOS DE COMIDA			
	SI	NO	
CUELTAN CON MENÚ PROGRAMADO DE ALIMENTACIÓN			
	SI	NO	
TIENEN COMEDORES			
	SI	NO	
HORARIOS DE ALIMENTACIÓN			
SE ORGANIZAN ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO			
	SI	NO	
QUE TIPO DE ACTIVIDADES			
HAY MATERIAL DISPONIBLE PARA LAS ACTIVIDADES			

IV. TIPO DE SERVICIO QUE SE OFRECE

MEDICO		TERAPIA FISICA	
PSICOLOGICA		TERAPIA OCUPACIONAL	
ENFERMERIA		PRIMEROS AUXILIOS	
OTRO			
PUEDEN RECIBIR VISITAS			
	SI	NO	
SE ESTABLECEN HORARIOS DE VISITA			
	SI	NO	
CUENTAN CON MEDIDAS DE SEGURIDAD			
DESCRIPCIÓN			
CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES			
POR QUÉ RAZONES INGRESARON AL HOGAR DE ANCIANOS			
CUENTAN CON FICHA DE INGRESO			
	SI	NO	
CUENTAN CON LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA DE CADA RESIDENTE			
	SI	NO	
EL RESIDENTE CUENTA CON ALGÚN RESPONSABLE AL MOMENTO DE SU INGRESO			
	SI	NO	
CUANTOS HAN SIDO INGRESADOS EN EL HOSPITAL EN EL ÚLTIMO AÑO?			
MOTIVO			

RECOMENDACIONES

ABOGADO DE MINISTERIO PUBLICO

ABOGADO DE LA DIGAM

ENCARGADO DEL HOGAR

FICHA DE DATOS

Para Inspecciones en Comercios e Instituciones públicas y privadas para verificar el cumplimiento de la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados.

- Nombre del Comercio o Institución: _____
- Lugar: _____
- Fecha: _____
- Personas Presentes en la Inspección:
 1. _____
 2. _____

a) El descuento se otorga conforme establece la ley.....

b) Los requisitos exigidos para el descuento se otorga conforme a la ley.....

Observaciones:

2. ATENCION PREFERENTE: (Artículo 35)

c) Existe una Ventanilla Preferencial.....

d) Se encuentra Rotulada la Ventanilla Preferencial.....

Observaciones:

3. ACCESIBILIDAD (Artículo 21#19 y 35)

e) Existen espacios para parqueo debidamente identificados del Adulto Mayor

/Discapacidad.....

f) Existen accesos fáciles para personas adultas mayores

Observaciones:

4. AMBITO LABORAL: (Artículo 5)

g) Se encuentran personas adultas mayores trabajando en el

lugar.....

h) Está siendo objeto de discriminación, malos tratos o injustos.....

Observaciones:

Firma Representante DIGAM

Encargado del Establecimiento de
Comercio

DENUNCIA COMPLETA Secretaría de Desarrollo Social Dirección General del Adulto Mayor	
Datos Generales de la Denuncia	
Número de denuncia:	Fecha:
Denuncia tomada en:	
Lugar de los hechos:	
Datos Generales del Denunciante	
Nombre	
Apellidos	
Escolaridad	
Documento de Identificación	
Numero de Documento	
Sexo	
Edad	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Profesión u Oficio	
Dirección	
Teléfono	

Datos Generales del ofendido	
Nombre	
Apellidos	
Escolaridad	
Documento de Identificación	
Numero de Documento	
Sexo	
Edad	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Profesión u Oficio	
Dirección	
Teléfono	
Datos Generales del Denunciado	
Nombre	
Apellidos	
Escolaridad	
Documento de Identificación	
Numero de Documento	
Sexo	
Edad	
Nacionalidad	
Estado Civil	

Profesión u Oficio	
Dirección	
Teléfono	
Relación de Hecho	
Petición	

Nombre del Denunciante

Firma del Denunciante

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Firma de Receptor de Denuncia



Dirección del
Adulto Mayor
Gobierno de la República

SEDESOL-DIGAM

Tegucigalpa, Honduras M.D.C.

CITATORIO

De conformidad al Artículo 4 de la ***“Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados”***, Rige los principios rectores en la observancia y la aplicación de la Ley. Se Fundamenta la Participación en la inserción de los adultos mayores y jubilados en todos los órdenes de la vida pública, en los ámbitos de interés y tomados en cuenta, asimismo intervención. Corresponsabilidad: la concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores públicos y sociales.

Se cita a la señora o señor _____encargado del Hogar:
_____, para poder llegar a una Conciliación o Sanción y finalizar el proceso.
Centro cívico, piso No. 3, a las 9: 00 am el día en la Dirección General del adulto mayor.

Atentamente;

Cc: Archivo