

SCHEDA SOCIALE DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

ANAGRAFICA UTENTE		
Cognome:	Nome:	
Codice Fiscale:		
Nato a:	Il:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residente a:	Provincia:	CAP:
P.zza/Via:		N°
Telefono:	Mail:	
Care giver (nome, cognome e cellulare):		
Medico/pediatra di base:	Telefono:	
Utente che rientra nei requisiti dell'Art. 8 del regolamento ADI-ADH (Inserimenti d'urgenza):		
CERTIFICAZIONI E SOSTEGNI ECONOMICI		
<input type="checkbox"/> L. 104/92		<input type="checkbox"/> INVALIDITÀ: _____ %
<input type="checkbox"/> INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO: Euro _____	<input type="checkbox"/> PENSIONE DI INVALIDITÀ: Euro _____	<input type="checkbox"/> Altri sostegni economici ricevuti (specificare): Euro _____
SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI ATTIVATI (marcare in caso la casella e indicare l'istituzione pubblica o privata erogante il servizio e la quantità di ore a settimana godute)		
<input type="checkbox"/> CENTRO DI RIABILITAZIONE E TERAPIA:		
<input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO:		
<input type="checkbox"/> C.A.D.:		
<input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE:		
<input type="checkbox"/> LABORATORI:		
ALLEGATO A VALUTAZIONE DEL CONTESTO ABITATIVO		
1) COLLOCAZIONE ABITAZIONE (bus, negozi, etc.)	1) SERVITA	0
	2) POCO SERVITA	2

2) COLLOCAZIONE ABITAZIONE (servizi socio-sanitari)	1) SERVITA	0
	2) POCO SERVITA	2
3) BARRIERE ARCHITETTONICHE	1) ASSENTI	0
	2) PRESENTI	2
4) CONDIZIONI IGIENICHE APPARENTI	1) SUFFICIENTI (BUONA IGIENE DELL'ABITAZIONE)	0
	2) MEDIOCRI (INADEGUATA PULIZIA DELL'ABITAZIONE)	1
	3) INSUFFICIENTI (ABITAZIONE ANTIGIENICA, INTERVENTO TEMPESTIVO DI PULIZIA)	3
PUNTEGGIO TOTALE		

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

	Cognome e Nome	Parentela*	Età	Professione	Anziano/ disabile
1					
2					
3					
4					
5					
6					

* **Valori da inserire:** C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, C = convivente.

ALLEGATO B RETE FAMILIARE

1) FAMILIARI	1) PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLA STESSA ABITAZIONE DELL'UTENTE	0
	2) PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLO STESSO CONDOMINIO DELL'UTENTE	0
	3) PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLO STESSO COMUNE DELL'UTENTE O ENTRO 15 KM/UN ORA DI AUTO DI DISTANZA DAL COMUNE DI RESIDENZA DELL'UTENTE	1
	4) PRESENZA NELLO STESSO NUCLEO FAMILIARE DI ALTRE PERSONE DISABILI, ANZIANI O MINORI	3

2) SOSTEGNO DEI FAMILIARI	5) ASSENZA DI ALTRI FAMILIARI	3
	1) SOSTEGNO EFFICACE	0
	2) SOSTEGNO MEDIOCRE	1
	3) ASSENZA DI SOSTEGNO	3
3) SOSTEGNO ECONOMICO	1) L'UTENTE USUFRUISCE DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO	0
	2) L'UTENTE USUFRUISCE DI ALTRI SOSTEGNI CONTINUATIVI ECONOMICI (disabilità gravissima, home care alzheimer, home care premium...)	1
	3) L'UTENTE NON USUFRUISCE DI ALCUN SOSTEGNO ECONOMICO	3
PUNTEGGIO TOTALE		

ALLEGATO C VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ ECONOMICA			
VALORE ISEE		QUOTA ORARIA DI COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI	PUNTEGGIO
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 0 E EURO 6.500	ESENTE	10
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 6.501 E EURO 8.500	€ 1.00	8
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 8.501 E EURO 10.500	€ 2.00	6
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 10.501 E EURO 15.000	€ 3.00	4
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 15.001 E EURO 20.000	€ 4.00	2
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 20.001 E EURO 30.000	€ 5.00	1
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 30.001 E EURO 40.000	€ 6.00	0
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 40.001 E EURO 50.000	€ 7.00	0
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 50.001 ED OLTRE	€ 8.00	0

ORE SETTIMANALI DI INTERVENTO CONSIDERATE NECESSARIE PER L'ASSISTENZA DEL BENEFICIARIO:

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI	
Igiene personale	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Igiene dell'ambiente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lavanderia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

