

SCHEDA SOCIALE DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - ADH

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): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

CERTIFICAZIONE E SOSTEGNI ECONOMICI		
<input type="checkbox"/> L. 104/92 art. 3 comma _____	<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 _____

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, F = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, GE = genero, NU = nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, CO = convivente.

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI ATTIVATI

(marcare in caso solo la casella e indicare l'istruzione pubblica o privata erogante il servizio e la quantità delle 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	2
	2) POCO SERVITA	0
2) COLLOCAZIONE ABITAZIONE (servizi socio-sanitari)	1) SERVITA	2
	2) POCO SERVITA	0
3) BARRIERE ARCHITETTONICHE	1) ASSENTI	2
	2) PRESENTI	0
4) CONDIZIONI IGIENICHE APPARENTI	1) SUFFICIENTI (BUONA IGIENE DELL'ABITAZIONE)	4
	2) MEDIOCRI (INADEGUATA PULIZIA DELL'ABITAZIONE)	1
	3) INSUFFICIENTI (ABITAZIONE ANTIGIENICA, INTERVENTO TEMPESTIVO DI PULIZIA)	0
PUNTEGGIO TOTALE		

**ALLEGATO B
RETE FAMILIARE**

1) FAMILIARI	1) PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLA STESSA ABITAZIONE DELL'UTENTE	4
	2) PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLO STESSO CONDOMINIO DELL'UTENTE	3
	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	0
	5) ASSENZA DI ALTRI FAMILIARI	0
2) SOSTEGNO DEI FAMILIARI	1) SOSTEGNO EFFICACE	3
	2) SOSTEGNO MEDIOCRE	1
	3) ASSENZA DI SOSTEGNO	0
3) SOSTEGNO ECONOMICO	1) L'UTENTE USUFRUISCE DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO	3
	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	0
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	0
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 6.501 E EURO 8.500	€ 1.00	1
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 8.501 E EURO 10.500	€ 2.00	2
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	6
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 20.001 E EURO 30.000	€ 5.00	8
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 30.001 E EURO 40.000	€ 6.00	10
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 40.001 E EURO 50.000	€ 7.00	10
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 50.001 ED OLTRE	€ 8.00	10

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

ALLEGATO A - CONTESTO ABITATIVO	
ALLEGATO B - RETE FAMILIARE	
ALLEGATO C - CAPACITÀ ECONOMICA	
PUNTEGGIO COMPLESSIVO (A+B+C)	

Legenda punteggio: **0-10** TOTALMENTE SVANTAGGIATO **11-20** PARZIALMENTE SVANTAGGIATO **21-30** SVANTAGGIATO

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

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

Igiene personale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Igiene dell'ambiente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lavanderia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Preparazione pasti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aiuto ad alimentarsi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Controllo assunzione farmaci <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Piccole medicazioni su prescrizione medica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Uscite <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Compagnia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Disbrigo pratiche <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Accompagno presso strutture <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Promozione e sostegno alla partecipazione ad attività culturali, formative, sportive e ricreative <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

--	--	--