Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lecco

Conferenza dei Sindaci
Distretto di Lecco
ATS Brianza

Distretto di Lecco

SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE DGR 7856/2018 MISURA B2 **anno 2018**

NOMINATIVO			Luogo e data di nascita:
CODICE FISCALE		Residente a:	Indirizzo : tel: email:
INVALIDITA'	Riportare diagnosi certificata: % DI INVALIDITA' _____ ACCOMPAGNAMENTO SI ☐ NO ☐		
ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO	NOMINATIVO:		
	TELEFONO:	E-MAIL:	
PERSONA DI RIFERIMENTO	NOMINATIVO: rapporto di parentela:		indirizzo e recapito telefonico/mail
	LA SITUAZIONE E' GIA' CONOSCIUTA DAL SERVIZIO SOCIALE DI BASE: NO ☐ SI ☐ dall'anno_____ LA PERSONA HA GIA' PRESENTATO ISTANZA DGR 2883/14 NEL 2015 : NO ☐ SI ☐		
Indicare se la persona è inserita stabilmente nei seguenti servizi o usufruisce di prestazioni assistenziali nel 2018	CDD ☐ CSE/SFA ☐ CSS/ CAH ☐ RSD ☐ SCUOLA SPECIALE E/O CON ASSISTENZA EDUCATIVA / o con PREST. SANITARIE /RIABILITATIVE ☐ CFPP ☐ CDI ☐ TIROCINIO RETRIBUITO ☐ Indicare nome specifico del Servizio semiresidenziale frequentato e luogo _____ La frequenza dei servizi sociosanitari e/o sociali è o il tirocinio retribuito è : a tempo pieno ☐ a tempo parziale (per i servizi, < 17,5 ore settimanali) ☐		

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lecco

Conferenza dei Sindaci
Distretto di Lecco
ATS Brianza

Distretto di Lecco

	RSA ☐ ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI ☐ RSA APERTA ☐ RESIDENZIALITA' LEGGERA ☐ Valore Voucher _____ B1 ☐ CPS/CD ☐ ADI ☐ n. accessi sett _____ SAD/SADH ☐ n. ore sett_____ ADM ☐ n° ore sett _____
Altri servizi complementari con tariffa agevolata	

	TARIFFA AGEVOLATA	TOTALE CARICO DELL'UTENTE
❑ SAD/ADM/AES (Specificare) _____	☐	☐
❑ SERVIZIO PASTI	☐	☐
❑ TELESOCCORSO/TELEASSISTENZA	☐	☐
❑ SERVIZIO LAVANDERIA	☐	☐
❑ SERVIZIO TRASPORTO	☐	☐
❑ ALTRO (Specificare) _____	☐	☐

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lecco

Conferenza dei Sindaci
Distretto di Lecco
ATS Brianza

Distretto di Lecco

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLE TABELLE DI VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE:

A. Assistenza garantita 24 ore/24, **compresa la notte**: **l'assistenza notturna si intende attiva e abituale (Es: il figlio si trasferisce a dormire ogni notte a casa del genitore invalido perchè sono necessari più interventi assistenziali durante la notte per movimentazione o monitoraggio della situazione, ecc);**
B. Assistenza continuativa di almeno 7 ore al giorno;
C. Assistenza quotidiana inferiore alle 7 ore al giorno;
D. Assistenza occasionale per meno di tre accessi brevi durante la settimana;
E. Mancata partecipazione all'organizzazione assistenziale.

N.B.: Le tabelle devono essere compilate anche nel caso in cui sia presente un assistente familiare regolarmente assunto. In tal caso, il carico assistenziale in capo ai figli/persone terze sarà valutato in funzione di tale condizione

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE(Indicare nome e cognome, età e condizione lavorativa(N.B.: se il soggetto è senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile))	RAPPORTO DI PARENTELA	valutazione carico assistenziale dei conviventi					Altro (specificare)	EVENTUALE INVALIDITA' DEL FAMILIARE RICONOSCIUTA IN %	Indicare anche se IL FAMILIARE ha presentato istanza di valutazione ai sensi della DGR 7856/2018)
		A	B	C	D	E			
Beneficiario:									
1)									
2)									
3)									

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lecco

Conferenza dei Sindaci
Distretto di Lecco
ATS Brianza

Distretto di Lecco

VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO A TUTTI I FIGLI E/O FRATELLI

INDICARE NOME, COGNOME, ETA', RESIDENZA, CONDIZIONE LAVORATIVA (N.B.: se figlio senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza al genitore)	A	B	C	D	E	Altro (Specificare)
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						

VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO A SOGGETTI ALTRI

INDICARE NOME, COGNOME, ETA', RESIDENZA, CONDIZIONE LAVORATIVA (N.B.: se il soggetto è senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile)	A	B	C	D	E	Altro (Specificare)
1)						
2)						
3)						

Vi sono familiari che usufruiscono di permessi retribuiti continuativi per l'assistenza al congiunto ai sensi della L.104/92 o altre: SI ☐ NO ☐

Chi ne usufruisce (Nome e cognome e relazione di parentela) _____

Durata dei permessi(Precisare se si tratta dei tre giorni mensili o del congedo straordinario)_____

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lecco

Conferenza dei Sindaci
Distretto di Lecco
ATS Brianza

Distretto di Lecco

ASSISTENTE PERSONALE CON REGOLARE CONTRATTO

Barrare	Orario contrattuale	Spesa mensile indicativa	Eventuali note
	Continuativa sulle 24 h (**presenza attiva anche notturna**)		
	Continuativa diurna(almeno 7 h) esclusa la notte		
	Assistenza diurna e/o notturna non continuativa		

ADEGUATEZZA DELL'ALLOGGIO

Presenza di servizi igienici e adeguati allacciamenti delle utenze domestiche	**ADEGUATO**	☐	Note
Assenza di servizi igienici e di utenze domestiche	**INADEGUATO**	☐	Note

PARTICOLARITA' DA SEGNALARE RIGUARDO LA COMPOSIZIONE FAMILIARE O L'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

_____

_____

_____

_____

_____

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lecco

Conferenza dei Sindaci
Distretto di Lecco
ATS Brianza

Distretto di Lecco

INTERVENTI

INTERVENTI	barrare con X	NOTE ESPLICATIVE DELL'INTERVENTO
A.Buono sociale mensile a sostegno delle prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare		Descrivere le prestazioni assicurate dal caregiver familiare da sostenere con il buono previsto dalla Misura
B. Buono sociale mensile finalizzato all'acquisto di prestazioni da assistente familiare assunto con regolare contratto		Descrivere le prestazioni assicurate dall'Assistente Familiare da sostenere con il buono previsto dalla Misura
C. Buono sociale mensile per progetti di Vita Indipendente finalizzati all'acquisto di prestazioni da assistente personale impiegato con regolare contratto		Definire gli interventi da sostenere con il buono previsto dalla misura
D1. Voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti che prevedono una pluralità di interventi		Descrivere gli interventi da assicurare con il voucher previsto dalla Misura
D2. Voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti specifici		Descrivere gli interventi da assicurare con il voucher previsto dalla Misura

LUOGO E DATA, _____

L'ASSISTENTE SOCIALE

_____