Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lecco

Conferenza dei Sindaci
Distretto di Lecco
ATS Brianza

Distretto di Lecco

SCHEDA SOCIALE RIASSUNTIVA DI AGGIORNAMENTO (solo per persone che hanno presentato istanza di valutazione nel 2017 ai sensi della DGR 594072016)

DGR 7856/2018 MISURA B2 **anno 2018**

COGNOME _____ **NOME** _____
Nato il ____/____/____ **Residente a**_____

ITEM	VALUTAZIONE	
RILEVAZIONE CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO AL CAREGIVER (da compilare se richiesto intervento di cui al punto A. della tabella a pag. 2)	Assistenza continuativa 24h per carico assistenziale elevato (assistenza anche notturna attiva e abituale)	☐
	Assistenza continuativa almeno 7h/die diurna esclusa la notte	☐
	Assistenza quotidiana inferiore alle 7h/die	☐
RILEVAZIONE CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO ALL' ASSISTENTE FAMILIARE (da compilare se richiesto intervento di cui al punto B. della tabella a pag. 2)	Contratto a tempo pieno (54 ore convivente)	☐
	Contratto a tempo parziale >7 ore gg.	☐
	Contratto a tempo parziale <7 ore gg.	☐
PARTICOLARITA' DEL NUCLEO FAMILIARE	Presenza di altro familiare non autosufficiente all'interno del nucleo	☐
	Assenza di altro familiare non autosufficiente all'interno del nucleo	☐
ADEGUATEZZA DELL'ALLOGGIO	Assenza di servizi igienici e di utenze domestiche	☐
	Presenza di servizi igienici e adeguati allacciamenti delle utenze domestiche	☐
VALUTAZIONE DEL GRADO DI NON-AUTOSUFFICIENZA	Riconoscimento di invalidità civile 100% con accompagnamento	☐
	Riconoscimento di invalidità civile ≤ 100%	☐
RILEVAZIONE SERVIZI DI SUPPORTO (da compilare solo per le persone non inserite in Unità d'offerta sociale/Socio sanitarie)	Assenza di servizi (ADI/SAD/AES/ ecc.)	☐
	Presenza di servizi (ADI/SAD/AES/ ecc. specificare_____)	☐

EVENTUALI CONSIDERAZIONI RIGUARDO LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO 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

ASSISTENTE SOCIALE _____	*FIRMA* _____