



**AMBITO SOVRADISTRETTUALE RM 5.1 E RM 5.2
Capofila Comune di Guidonia Montecelio**

HOME CARE ALZHEIMER VII annualità

Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

FASE PRELIMINARE

Chi ha fatto la domanda: _____
 Data presentazione domanda: _____ Prot. n. _____
 Come è venuto a conoscenza del servizio: _____

Dati del Beneficiario

Cognome: _____ Nome: _____
 nato/a a: _____ il: _____
 residente a: _____
 in Via/P.zza: _____ n.: _____
 Codice Fiscale: _____
 Tel. Fisso: _____ Tel. Mobile _____
 Indirizzo Posta Elettronica: _____
 Scolarità: _____ Ultima professione: _____
 Pensione: nessuna vecchiaia/anzianità Invalidità Privilegiata Altro _____
 L. n. 104/92: no art. 3, comma 1 art. 3, comma 3
 Percentuale invalidità civile: _____
 Indennità di accompagnamento: si no
 Medico di base: _____ Tel.: _____

INFORMAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

Nucleo Familiare:

	Cognome Nome	Parentela ¹	Età	Professione	Indirizzo e Telefono	Lontananza ²
1						
2						
3						
4						
5						
6						

¹**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.

²**Valori da inserire:** V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.

Recapiti dei parenti non conviventi o vicini disponibili anche parzialmente: _____

Barriere Architettoniche:

1 assenti 2 solo esterne 3 interne 4 interne ed esterne

Piano n. _____ Ascensore fruibile dalla persona con disabilità sì no

Presenza di Assistente Familiare: sì no (Se sì, compilare il riquadro seguente)

Assistente Familiare:
 Nome e Cognome _____
 Assunto in data _____
 Recapito telefonico _____
 Qualifica professionale _____

Brevi note sulla storia personale dell'utente: _____

ALTRI SERVIZI

Usufruisce di altri Servizi socio-assistenziali e/o socio-sanitari? sì no Se sì, quali?

- Assistenza Domiciliare Integrata (n. ore settimanali: _____)
- Assistenza Domiciliare Alzheimer (n. ore settimanali: _____)
- C.A.D. (n. ore settimanali: _____)
- HOME CARE PREMIUM (n. ore settimanali: _____ oppure importo mensile € _____)
- Contributo per disabilità gravissima (importo mensile € _____)
- Contributo ai sensi della ex L. 162/98 (n. ore settimanali: _____ oppure importo € _____)
- Assistenza protesica (ausili prestati: _____)

Indicatore ISEE in corso di validità: € _____

Data visita domiciliare: _____
Osservazioni visita domiciliare: _____

OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

Obiettivi generali dell'intervento:

Modalità dell'intervento:

N. ore settimanali di intervento considerate necessarie per l'assistenza del beneficiario: _____

Tipologia delle prestazioni:

- Igiene personale SÌ NO
- Igiene dell'ambiente SÌ NO
- Lavanderia SÌ NO
- Preparazione pasti SÌ NO
- Aiuto ad alimentarsi SÌ NO
- Controllo assunzione farmaci SÌ NO
- Piccole medicazioni su prescrizione medica SÌ NO
- Uscite SÌ NO
- Compagnia SÌ NO
- Disbrigo pratiche SÌ NO
- Commissioni varie SÌ NO
- Accompagno presso strutture SÌ NO

Altro: _____

Data compilazione scheda:

Nome e Cognome dell'Assistente Sociale Compilatore:

Recapito telefonico dell'Assistente Sociale Compilatore:

Firma dell'Assistente Sociale Compilatore

2)	<u>Situazione sociale</u>		60
	<u>Composizione del nucleo familiare</u>		
2.1	Vive solo: 10; nucleo di due persone: 8; nucleo di tre persone: 6; nucleo di quattro persone: 4; nucleo di cinque persone: 2; nucleo di sei persone e oltre: 0.	10	
	<u>Situazione familiare</u>		
2.2	Presenza nello stesso nucleo di altre persone disabili, anziani o minori contemporaneamente: 10; presenza altre persone disabili: 6; coniugi o parenti anziani o minori conviventi: 4; assenza di persone disabili, anziani e minori: 0.	10	
	<u>Attività o prestazioni socio-riabilitative e sanitarie godute dal beneficiario</u>		
2.3	Non usufruisce di nessun servizio: 10; usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali o di altri servizi socio-sanitari/riabilitativi territoriali: 5; usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali e di altri servizi socio-sanitari/riabilitativi territoriali: 0.	10	
	<u>Condizioni socio-ambientali</u>		
2.4	Nucleo che vive in luogo isolato: 10; nucleo che vive nel centro urbano in assenza di servizi socio-sanitari: 7; nucleo che vive nel centro urbano in presenza di servizi socio-sanitari: 4; nucleo che vive vicino (-500 m) a servizi e strutture socio assistenziali: 0.	10	
	<u>Condizione economica (ISEE)</u>		
2.5	Da € 0 a € 7.500,00: 20; da € 7.500,01 a € 10.000,00: 15; da € 10.000,01 a € 15.000,00: 10; da € 15.000,01 a 20.000,00: 5; oltre 20.000,00: 0.	20	
Totale			60

Data compilazione scheda: _____

Nome e Cognome dell'Assistente Sociale Compilatore: _____

Recapito telefonico dell'Assistente Sociale Compilatore: _____

Firma dell'Assistente Sociale Compilatore: _____