



**HOME CARE ALZHEIMER**

*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 <sup>1</sup>	Età	Professione	Indirizzo e Telefono	Lontananza <sup>2</sup>
1						
2						
3						
4						
5						
6						

<sup>1</sup>**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.

<sup>2</sup>**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: _____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

<b>ALTRI SERVIZI</b>	
Usufruisce di altri Servizi socio-assistenziali e/o socio-sanitari?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, quali?
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (n. ore settimanali: _____)	
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Alzheimer (n. ore settimanali: _____)	
<input type="checkbox"/> C.A.D. (n. ore settimanali: _____)	
<input type="checkbox"/> HOME CARE PREMIUM (n. ore settimanali: _____ oppure importo mensile € _____)	
<input type="checkbox"/> Contributo per disabilità gravissima (importo mensile € _____)	
<input type="checkbox"/> Contributo ai sensi della ex L. 162/92 (n. ore settimanali: _____ oppure importo € _____)	
<input type="checkbox"/> Assistenza protesica (ausili prestati: _____)	

Indicatore ISEE in corso di validità: € _____
---

Data visita domiciliare: _____	
Osservazioni _____	visita domiciliare:
_____	_____
_____	_____
_____	_____



- 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Per presa visione della scheda:**

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente:** \_\_\_\_\_

<b>Critero</b>	<b>Punti</b>	<b>Totale</b>
<b><u>Situazione sociale</u></b>		<b>60</b>
<u>Composizione del nucleo familiare</u> 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> 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> Non usufruisce di nessun servizio: 10; usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali o di altri servizi	10	

socio-sanitari/riabilitativi territoriali: 5; usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali e di altri servizi socio-sanitari/riabilitativi territoriali: 0.		
<u>Condizioni socio-ambientali</u> 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> 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	
<b>Totale</b>		<b>100</b>

Data compilazione scheda: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'Assistente Sociale Compilatore: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico dell'Assistente Sociale Compilatore: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assistente Sociale Compilatore: \_\_\_\_\_