



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: _____
 Scolarit : _____ Ultima professione: _____
 Pensione: nessuna vecchiaia/anzianit  Invalidit  Privilegiata Altro _____
 L. n. 104/92: no art. 3, comma 1 art. 3, comma 3
 Percentuale invalidit  civile: _____
 Indennit  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?	<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: _____

Critero	Punti	Totale
<u>Situazione sociale</u>		60
<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	
Totale		100

Data compilazione scheda: _____

Nome e Cognome dell'Assistente Sociale Compilatore: _____

Recapito telefonico dell'Assistente Sociale Compilatore: _____

Firma dell'Assistente Sociale Compilatore: _____