

URGENTE



Consorzio Pubblico dei Servizi Sociali ex art. 31 del TUEL - D. Lgs. 267/00
Legge Regionale n. 11/2007 - Regione Campania

PROTOCOLLO	NOME E COGNOME	NUMERO	DATA
ASSISTENTE SOCIALE			
SOCIOLOGO			

SCHEDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Comune di:

Assistente Sociale/Sociologo:

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE RELATIVA AL SERVIZIO DI

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

SEGNALAZIONE PERVENUTA DA

PUA

COMUNE

ALTRO (SPECIFICARE):

ANAGRAFICA RICHIEDENTE (SE DIVERSO DALL'UTENTE)

Cognome:

Nome:

Luogo e data di nascita:

Residente a:

Provincia:

CAP:

P.zza/Via:

N.

Telefono FISSO:

Telefono MOBILE:

ANAGRAFICA UTENTE

ANZIANO

DISABILE

- AUTODICHIARAZIONE -
(AI SENSI DEL DPR 28 DICEMBRE 2000 N. 445)

IO SOTTOSCRITTO

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

DICHIARO DI ESSERE

Nato a:

Il:

Sesso: M F

Residente a:

Provincia:

CAP:

P.zza/Via:

N.

CELIBE/NUBILE

CONIUGATO/A

VEDOVO/A

SEPARATO/A

Di avere i seguenti recapiti telefonici: FISSO

MOBILE

DI TROVARMICI IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:			
PER ANZIANI:		PER DIVERSAMENTE ABILI:	
<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENZA MALATTIA O INVALIDITÀ OPPORTUNAMENTE CERTIFICATA (CERTIFICATO DI INVALIDITÀ O L. 104/92)	<input type="checkbox"/> SOLITUDINE MANCANZA DELLA RETE DI SUPPORTO FAMILIARE ASSENZA DI PARENTI FINO A 2° GRADO DI PARENTELA RESIDENTI NEL RAGGIO DI 10 KM	<input type="checkbox"/> BISOGNO SOCIO-ASSISTENZIALE TALE DA RICHIEDERE ALTRIMENTI LA COLLOCAZIONE DELL'UTENTE IN STRUTTURA RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO CON HANDICAP CHE PRESENTA UNA DISABILITÀ FISICA, PSICHICA O SENSORIALE, CRONICA O PROGRESSIVA – CERTIFICATA O ACCERTATA AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 1 E 3 DELLA L.104/92.

DI POSSEDERE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI:		
<input type="checkbox"/> L. 104/92	<input type="checkbox"/> INVALIDITÀ: %	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Necessità di presidi sanitari al proprio domicilio (pannoloni, deambulatore, sedia, letto ortopedico) specificare quali:		

DI ESSERE BENEFICIARIO DI:	
<input type="checkbox"/> INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO	<input type="checkbox"/> PENSIONE DI INVALIDITÀ

IL PROPRIO MEDICO DI RIFERIMENTO (MMG) NOME, COGNOME E RECAPITO TELEFONICO:	
IN CARICO PRESSO I SERVIZI SOCIALI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IN CARICO PRESSO I SERVIZI SANITARI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DATA ULTIMA UVI _____/_____/_____/	
SE SÌ, INDICARE TIPOLOGIA DI SERVIZI EROGATI:	

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di: essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 de medesimo D.P.R 445/2000.

Data:

Firma

CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a: _____, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003,

PRESTA IL SUO CONSENSO

NEGA IL SUO CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati relativi al presente atto ed alle attività ad esso connesse quale:

DIRETTO INTERESSATO

SOGGETTO AVENTE RAPPRESENTANZA LEGALE

SOGGETTO ESERCITANTE PATRIA POTESTÀ

TUTORE LEGALE

Inoltre, consapevole che i dati personali e ogni tipo di informazione sulla persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs. 30.06.2003, n.196,

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il trattamento dei dati relativi alla persona.

Data:

Firma

SITUAZIONE ECONOMICA

Gli utenti che usufruiscono del SAD sono tenuti al pagamento della quota di compartecipazione oraria ricavata dal seguente calcolo proporzionale
ISEE utente - soglia di esenzione *100 = % da pagare sul costo unitario del servizio aggiudicato
soglia massima (stabilita in 15.000€) - soglia esenzione (stabilita in 2.500€)
Il valore ISEE di riferimento è quello del nucleo familiare misurato al 31 dicembre dell'anno precedente.

ISEE: €: _____ al (data): | | _____ TICKET: €/ora: _____

SI ALLEGANO:

- certificazione medica attestante le condizioni di salute;
- certificato dello stato di famiglia;
- autocertificazione;
- ultima dichiarazione ISEE;
- fotocopia documento di identità del dichiarante;

SE IN POSSESSO:

- l'attestazione di handicap ai sensi della L. 104/92;
- il certificato di invalidità civile.

Data: _____

Firma: _____

ALLEGATO A INDICE DI BARTHEL VALUTAZIONE DELLE ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

1) ALIMENTAZIONE	1) INDIPENDENTE	10
	2) NECESSITA DI ASSISTENZA, AD ES. PER TAGLIARE IL CIBO	5
	3) INCAPACE	0
	4) DIPENDENTE	0
2) IGIENE PERSONALE	1) SI LAVA LA FACCIA, SI PETTINA, SI LAVA I DENTI, SI RADE (INSERISCE LA SPINA SE USA IL RASOIO)	5
	2) NECESSITA DI AIUTO	0
3) VESTIRSI	1) INDIPENDENTE, SI LEGA LE SCARPE, USA LE CERNIERE LAMPO, BOTTONI	10
	2) NECESSITA DI AIUTO MA COMPIE ALMENO METÀ DEL COMPITO IN TEMPO RAGIONEVOLE	5
	3) DIPENDENTE	0
4) CONTROLLO DELLAVESCICA	1) CONTINENTE	10
	2) OCCASIONALI INCIDENTI O NECESSITÀ DI AIUTO	5
	3) INCONTINENTE	0
5) CONTROLLO DEL RETTO	1) CONTINENTE	10
	2) OCCASIONALI INCIDENTI O NECESSITÀ DI AIUTO	5
	3) INCONTINENTE	0
6) TRASFERIMENTI NEL BAGNO	1) INDIPENDENTE CON L'USO DEL BAGNO O DELLA PADELLA	10
	2) NECESSITA DI QUALCHE AIUTO PER L'EQUILIBRIO, VESTIRSI/SVESTIRSI O USARE CARTA IGIENICA	5
	3) DIPENDENTE	0
7) TRASFERIMENTI SEDIA LETTO	1) AUTONOMO	15
	2) MINIMA ASSISTENZA E SUPERVISIONE	10
	3) IN GRADO DI SEDERSI, MA NECESSITA DELLA MAX ASSISTENZA PER TRASFERIRSI	5
	4) INCAPACE NO EQUILIBRIO DA SEDUTO	0
8) DEAMBULAZIONE	1) INDIPENDENTE PER PIÙ DI 45 M, PUÒ USARE AUSILI (ES. BASTONE) AD ECCEZIONE DEL GIRELLO	15
	2) NECESSITA DI AIUTO DI UNA PERSONA PER > 45 M	10
	3) INDIPENDENTE CON LA CARROZZINA PER > 45 M	5
	4) IMMOBILE	0
9) FUNZIONI MENTALI	1) E' ORIENTATO	15
	2) E' ORIENTATO NEL TEMPO	10
	3) E' ORIENTATO NELLO SPAZIO	5
	4) NON È ORIENTATO NÉ NEL TEMPO NÉ NELLO SPAZIO	0
10) SALIRE LE SCALE	1) INDIPENDENTE, PUÒ USARE AUSILI	10
	2) NECESSITA DI AIUTO O SUPERVISIONE	5
	3) INCAPACE	0
PUNTEGGIO TOTALE		/110

ALLEGATO B VALUTAZIONE DELLE IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

1) USARE IL TELEFONO	1) USA IL TELEFONO DI PROPRIA INIZIATIVA: CERCA IL NUMERO E LO COMPONE	15
	2) COMPONE SOLO ALCUNI NUMERI BEN CONOSCIUTI	10
	3) E' IN GRADO DI RISPONDERE AL TELEFONO, MA NON COMPONE I NUMERI	5
	4) NON È CAPACE DI USARE IL TELEFONO	0
2) FARE LA SPESA	1) SI PRENDE AUTONOMAMENTE CURA DI TUTTE LE NECESSITÀ DI ACQUISTI NEI NEGOZI	15
	2) E' IN GRADO DI EFFETTUARE PICCOLI ACQUISTI NEI NEGOZI	10
	3) NECESSITA DI ESSERE ACCOMPAGNATO PER QUALSIASI ACQUISTO NEI NEGOZI	5
	4) E' DEL TUTTO INCAPACE DI FARE ACQUISTI NEI NEGOZI	0
3) PREPARARE IL CIBO	1) ORGANIZZA, PREPARA E SERVE PASTI ADEGUATAMENTE PREPARATI	15
	2) PREPARA PASTI ADEGUATI SOLO SE SONO PROCURATI GLI INGREDIENTI	10
	3) SCALDA PASTI PREPARATI O PREPARA CIBI MA NON MANTIENE DIETA ADEGUATA	5
	4) HA BISOGNO DI AVERE CIBI PREPARATI E SERVITI	0
4) GOVERNO DELLA CASA	1) MANTIENE LA CASA DA SOLO O CON OCCASIONALE AIUTO (AD ES. LAVORI PESANTI)	15
	2) ESEGUE SOLO COMPITI QUOTIDIANI LEGGERI MA LIVELLO DI PULIZIA NON SUFFICIENTE	10
	3) HA BISOGNO DI AIUTO IN OGNI OPERAZIONE DI GOVERNO DELLA CASA	5
	4) NON PARTECIPA A NESSUNA OPERAZIONE DI GOVERNO DELLA CASA	0
5) FARE IL BUCATO	1) FA IL BUCATO PERSONALMENTE E COMPLETAMENTE	10
	2) LAVA LE PICCOLE COSE (CALZE, FAZZOLETTI)	5
	3) TUTTA LA BIANCHERIA DEVE ESSERE LAVATA DA ALTRI	0
6) MEZZI DI TRASPORTO	1) SI SPOSTA DA SOLO SUI MEZZI PUBBLICI O GUIDA LA PROPRIA AUTO	10
	2) PUÒ SPOSTARSI SOLO CON AUTO E SOLO CON ASSISTENZA	5
	3) NON SI SPOSTA PER NIENTE	0
7) ASSUNZIONE FARMACI	1) PRENDE LE MEDICINE CHE GLI SONO STATE PRESCRITTE	10
	2) PRENDE LE MEDICINE SE SONO PREPARATE IN ANTICIPO E IN DOSI SEPARATE	5
	3) NON È IN GRADO DI PRENDERE LE MEDICINE DA SOLO	0
8) USO DEL DENARO	1) MANEGGIA LE PROPRIE FINANZE IN MODO INDIPENDENTE	10
	2) E' IN GRADO DI FARE PICCOLI ACQUISTI	5
	3) E' INCAPACE DI MANEGGIARE I SOLDI	0
PUNTEGGIO TOTALE		/100

ALLEGATO C VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ABITATIVA

1) DISLOCAZIONE ABITAZIONE SUL TERRITORIO	1) SERVITA (MEZZI PUBBLICI, SERVIZI VARI)	20
	2) POCO SERVITA	10
	3) ISOLATA	0
2) CONDIZIONI DELL' ABITAZIONE	1) ABITAZIONE IDONEA (PRESENZA DI TUTTI I STANDARD DI SICUREZZA)	20
	2) ABITAZIONE PARZIALMENTE IDONEA	10
	3) ABITAZIONE NON IDONEA (ALLOGGIO FATISCENTE)	0
3) BARRIERE ARCHITETTONICHE	1) ASSENTI	30
	2) SOLO ESTERNE	20
	3) SOLO INTERNE	10
	4) INTERNE ED ESTERNE (GRADINI, ACCESSO DIFFICILE AI SERVIZI, PORTE STRETTE, ECC.)	0
4) CONDIZIONE IGIENICHE APPARENTI	1) SUFFICIENTI (BUONA IGIENE DELL' ABITAZIONE)	20
	2) MEDIOCRI (INADEGUATA PULIZIA DELL' ABITAZIONE)	10
	3) INSUFFICIENTI (ABITAZIONE ANTIGIENICA, INTERVENTO TEMPESTIVO DI PULIZIA)	0
5) CONDIZIONI AMBIENTALI	1) SUFFICIENTI (PRESENZA DI RISCALDAMENTI ADEGUATI, SERVIZI IDONEI, ECC.)	20
	2) MEDIOCRI (RISCALDAMENTI MALFUNZIONANTI O INADEGUATI, UMIDITÀ, ECC.)	10
	3) INSUFFICIENTI (RISCALDAMENTI INESISTENTI, SERVIZI ALL'ESTERNO DELL'ABITAZIONE, ASSENZE DI UTENZE)	0
PUNTEGGIO TOTALE		/110

ALLEGATO D VALUTAZIONE SOCIO-ECONOMICA

1) VITA DI RELAZIONE	1) PRESENZA DEL CONIUGE AUTOSUFFICIENTE	20
	2) PRESENZA DEL CONIUGE NON AUTOSUFFICIENTE	10
	3) ASSENZA DEL CONIUGE	0
2) PRESENZA DI FIGLI	1) PRESENZA DI FIGLI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLA STESSA ABITAZIONE	40
	2) PRESENZA DI FIGLI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLO STESSO CONDOMINIO	30
	3) PRESENZA DI FIGLI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLO STESSO COMUNE O ENTRO 50 KM/ UN ORA DI AUTO DI DISTANZA DAL COMUNE DI RESIDENZA DEL RICHIEDENTE	20
	4) PRESENZA DI FIGLI RESIDENTI/DOMICILIATI IN COMUNI PIÙ DISTANTI DI 50 KM O REGIONI DIVERSE DA QUELLI DEL RICHIEDENTE	10
	5) ASSENZA DI FIGLI	0
3) PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI	1) PRESENZA DI GENITORI, FRATELLI, SORELLE/NIPOTI DIRETTI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLA STESSA ABITAZIONE DELL'UTENTE	40
	2) PRESENZA DI GENITORI, FRATELLI, SORELLE/NIPOTI DIRETTI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLO STESSO CONDOMINIO DELL'UTENTE	30
	3) PRESENZA DI GENITORI, FRATELLI, SORELLE/NIPOTI DIRETTI RESIDENTI/DOMICILIATI NELLO STESSO COMUNE DELL'UTENTE O ENTRO 50 KM/UN ORA DI AUTO DI DISTANZA DAL COMUNE DI RESIDENZA DELL'UTENTE	20
	4) PRESENZA DI GENITORI, FRATELLI, SORELLE/NIPOTI DIRETTI RESIDENTI/DOMICILIATI IN COMUNI PIÙ DISTANTI DI 50 KM/UN ORA DI AUTO O REGIONI DIVERSE DA QUELLI DELL'UTENTE	10
	5) ASSENZA DI ALTRI FAMILIARI	0
4) SOSTEGNO DEI FAMILIARI (SPECIFICARE NELLA RELAZIONE DELL' ASS. SOCIALE I MOTIVI CHE IMPEDISCONO IL SOSTEGNO)	1) SOSTEGNO EFFICACE	20
	2) SOSTEGNO MEDIOCRE	10

	3) ASSENZA DI SOSTEGNO	0
5) SUPPORTO DI BADANTI 24H	1) L'UTENTE USUFRUISCE DEL SUPPORTO DI UNA BADANTE 24H	30
	2) L'UTENTE USUFRUISCE DEL SUPPORTO DIURNO DI UNA BADANTE	20
	3) L'UTENTE USUFRUISCE DEL SUPPORTO NOTTURNO DI UNA BADANTE	10
	4)) L'UTENTE NON USUFRUISCE DEL SUPPORTO DI UNA BADANTE	0
6) SOSTEGNO ECONOMICO	1) L'UTENTE USUFRUISCE DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO	30
	2) L'UTENTE USUFRUISCE DI ALTRI SOSTEGNI CONTINUATIVI ECONOMICI	20
	3)L'UTENTE NON USUFRUISCE DI ALCUN SOSTEGNO ECONOMICO	0
PUNTEGGIO TOTALE		/180

ALLEGATO E VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ ECONOMICA

VALORE ISEE				PUNTEGGIO
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 0	E	EURO 1.000	0
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 1.001	E	EURO 2.500	10
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 2.501	E	EURO 4.500	20
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 4.501	E	EURO 6.500	30
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 6.501	E	EURO 8.500	40
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 8.501	E	EURO 10.500	50
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 10.501	E	EURO 12.000	60
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 12.001	E	EURO 13.000	70
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 13.001	E	EURO 14.000	80
ISEE CON VALORE COMPRESO TRA	EURO 14.001	E	EURO 15.000	90
ISEE CON VALORE SUPERIORE A	EURO 15.000,01			100

VALUTAZIONE ADL - SCHEDA A	/110
VALUTAZIONE IADL - SCHEDA B	/110
VALUTAZIONE SITUAZIONE ABITATIVA -SCHEDA C	/110
VALUTAZIONE SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA - SCHEDA D	/180
VALUTAZIONE CAPACITÀ ECONOMICA – SCHEDA E	/100
PUNTEGGIO COMPLESSIVO (A+B+C+D+E)	/160

GIUDIZIO DI SINTESI PER LA PRESA IN CARICO

Si ritiene ammissibile la presa in carico del richiedente	
Non si ritiene ammissibile la presa in carico del richiedente	

Data: _____ Firma dell' Assistente sociale valutante: _____

ESAME DELLA VALUTAZIONE PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA

E' in posizione utile in graduatoria	
Non è in posizione utile in graduatoria	

Data _____ Firma del Direttore-Coordiatore _____

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (PAI)**SEZIONE I – DATI IDENTIFICATIVI DELL'ANZIANO/DIVERSAMENTE ABILE**

COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA

SEZIONE II – DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO**DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI E/O DEI RISULTATI DA RAGGIUNGERE**

SEZIONE III – DEFINIZIONE DELLE MODALITA'**DESCRIZIONE DELL'INTENSITÀ ASSISTENZIALE (N. DI ORE, N. DI ACCESSI, FREQUENZA ECC.)**

DESCRIZIONE DEL PERSONALE DA IMPIEGARE (NUMERO, QUALIFICA ECC.)

PRESTAZIONI DA EROGARE

- | |
|--|
| 1 Attività di aiuto per l'igiene e la cura della persona |
| 2 Attività di aiuto per la pulizia della casa |
| 3 Attività di lavaggio e cambio della biancheria |
| 4 Attività di preparazione pasti |
| 5 Attività di segretariato sociale |
| 6 Attività di sostegno per l'acquisto di alimentari e generi diversi |
| 7 Attività di accompagnamento |

**TEMPO DI REALIZZAZIONE
(DEFINIRE ENTRO QUANDO IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE DEVE ESSERE REALIZZATO)**

**TEMPO DI VERIFICA
(DEFINIRE ENTRO QUANDO IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE DEVE ESSERE REALIZZATO)**

DATA _____ FIRMA DELL' ASSISTENTE SOCIALE RESPONSABILE _____

DATA _____ FIRMA DEL DIRETTORE-COORDINATORE DELL'UFFICIO DI PIANO PER APPROVAZIONE _____

DATA _____ FIRMA DEL REFERENTE DELLA COOPERATIVA PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE _____

