

Distretto di Lecco

SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE DGR 2862/2020 MISURA B2 anno 2020 (Ogni campo DEVE essere compilato)

NOMINATIVO			Luogo e data di nascita:	
CODICE FISCALE		Residente a:	Indirizzo :	tel: email:
ABITAZIONE	Proprietà o godimento e pieno titolo <input type="checkbox"/> Affitto privato/ALER <input type="checkbox"/>	ISTRUZIONE	Scuola dell'obbligo <input type="checkbox"/> Altri gradi di scuola (specificare) <input type="checkbox"/>	_____
INVALIDITA'	Riportare diagnosi certificata (Da verbale I.C. o L. 104 o da certificazione MMG/PLS): % DI INVALIDITA' _____ ACCOMPAGNAMENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO	NOMINATIVO:			
	TELEFONO:		E-MAIL:	
PERSONA DI RIFERIMENTO	NOMINATIVO: rapporto di parentela:		indirizzo e recapito telefonico/mail	
	LA SITUAZIONE E' GIA' CONOSCIUTA DAL SERVIZIO SOCIALE DI BASE: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> dall'anno _____			
Indicare se la persona è inserita stabilmente nei seguenti servizi o usufruisce di prestazioni assistenziali nel 2020	CDD <input type="checkbox"/> CSE/SFA <input type="checkbox"/> CSS/ CAH <input type="checkbox"/> RSD <input type="checkbox"/> SCUOLA SPECIALE E/O CON ASSISTENZA EDUCATIVA / o con PREST. SANITARIE /RIABILITATIVE <input type="checkbox"/>			
	CFPP <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> TIROCINIO RETRIBUITO <input type="checkbox"/>			
	Indicare nome specifico del Servizio semiresidenziale frequentato e luogo _____			
	Indicare la modalità di trasporto per raggiungere il servizio (Mezzo pubblico/Trasporto sociale/Autonomia/Etc) _____			

Distretto di Lecco

	La frequenza dei servizi sociosanitari e/o sociali è o il tirocinio retribuito è: a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale (per i servizi, < 17,5 ore settimanali) <input type="checkbox"/> RSA APERTA <input type="checkbox"/> RESIDENZIALITA' LEGGERA <input type="checkbox"/> Valore Voucher _____ B1 <input type="checkbox"/> CPS/CD <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> n. accessi sett _____ SAD/SADH <input type="checkbox"/> n. ore sett _____ ADM <input type="checkbox"/> n° ore sett _____		
INSERIMENTO LAVORATIVO	Tirocinio retribuito/Non retribuito <input type="checkbox"/> Borsa lavoro <input type="checkbox"/> Contratto standard <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> _____		
Altri servizi complementari con tariffa agevolata		TARIFFA AGEVOLATA	TOTALE CARICO DELL'UTENTE
	<input type="checkbox"/> SAD/ADM/AES (Specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> SERVIZIO PASTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> TELESOCCORSO/TELEASSISTENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> SERVIZIO LAVANDERIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> SERVIZIO TRASPORTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ALTRO (Specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Distretto di Lecco

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLE TABELLE DI VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE:

- A. Assistenza garantita 24 ore/24, **compresa la notte: l'assistenza notturna si intende attiva e abituale (Es: il figlio si trasferisce a dormire ogni notte a casa del genitore invalido perchè sono necessari più interventi assistenziali durante la notte per movimentazione o monitoraggio della situazione, ecc);**
- B. Assistenza continuativa di almeno 7 ore al giorno;
- C. Assistenza quotidiana inferiore alle 7 ore al giorno;
- D. Assistenza occasionale per meno di tre accessi brevi durante la settimana;
- E. Mancata partecipazione all'organizzazione assistenziale.

N.B.: Le tabelle devono essere compilate anche nel caso in cui sia presente un assistente familiare regolarmente assunto. In tal caso, il carico assistenziale in capo ai figli/persone terze sarà valutato in funzione di tale condizione

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (Indicare nome e cognome, età e condizione lavorativa (N.B.: se il soggetto è senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile))	RAPPORTO DI PARENTELA	valutazione carico assistenziale dei conviventi					Altro (specificare)	EVENTUALE INVALIDITA' DEL FAMILIARE RICONOSCIUTA IN %	Indicare anche se IL FAMILIARE ha presentato istanza di valutazione ai sensi della DGR 1253/2019)
		A	B	C	D	E			
Beneficiario:									
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
6)									

Distretto di Lecco

VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO A TUTTI I FIGLI (in particolare per l'utenza anziana) E/O FRATELLI (in particolare per l'utenza disabile)

INDICARE NOME, COGNOME, ETA', RESIDENZA, CONDIZIONE LAVORATIVA (N.B.: se figlio senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza al genitore)	A	B	C	D	E	Altro (Specificare)
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						

VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO A SOGGETTI ALTRI

INDICARE NOME, COGNOME, ETA', RESIDENZA, CONDIZIONE LAVORATIVA (N.B.: se il soggetto è senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile)	A	B	C	D	E	Altro (Specificare)
1)						
2)						
3)						

Vi sono familiari che usufruiscono di permessi retribuiti continuativi per l'assistenza al congiunto ai sensi della L.104/92 o altre: SI NO

Chi ne usufruisce (Nome e cognome e relazione di parentela) _____

Durata dei permessi (Precisare se si tratta dei tre giorni mensili o del congedo straordinario) _____

Distretto di Lecco

ASSISTENTE PERSONALE CON REGOLARE CONTRATTO

Barrare	Orario contrattuale	Spesa mensile indicativa	Eventuali note
	Tempo pieno (54 ore settimanali)		
	Tempo parziale ≥ 25 ore/die		
	Tempo parziale < 25 ore/die		

PARTICOLARITA' DA SEGNALARE RIGUARDO LA COMPOSIZIONE FAMILIARE O L'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

INTERVENTI

INTERVENTI	*CAMPO OBBLIGATORIO: NOTE ESPLICATIVE DELL'INTERVENTO
<i>A. Buono sociale mensile a sostegno delle prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare</i>	*Descrivere le prestazioni assicurate dal caregiver familiare da sostenere con il buono previsto dalla Misura
<i>B. Buono sociale mensile finalizzato all'acquisto di prestazioni da assistente familiare assunto con regolare contratto</i>	*Descrivere le prestazioni assicurate dall' Assistente Familiare da sostenere con il buono previsto dalla Misura
<i>C. Buono sociale mensile per progetti di Vita Indipendente finalizzati all'acquisto di prestazioni da assistente personale impiegato con regolare contratto</i>	*Definire gli interventi da sostenere con il buono previsto dalla misura
<i>D1. Voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti che prevedono una pluralità di interventi</i>	*Descrivere gli interventi da assicurare con il voucher previsto dalla Misura (Tipologia di intervento- professionista/servizio coinvolto- ipotesi monte ore settimanale di intervento)
<i>D2. Voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti specifici</i>	*Descrivere gli interventi da assicurare con il voucher previsto dalla Misura

*Per la stesura del Progetto Individuale (PI) è necessario indicare nella presente scheda le prestazioni di assistenza assicurate dal Caregiver familiare e/o personale di assistenza regolarmente assunto, descrivendo gli interventi di sollievo e supporto già attivati e dando evidenza all'eventuale ipotesi di intervento, condivisa con la persona/famiglia, da sostenere con il buono/voucher previsto dalla misura B2 (tipologia di intervento- professionista/servizio coinvolto- ipotesi monte ore settimanale di intervento).

LUOGO E DATA, _____

L' ASSISTENTE SOCIALE