



**DISTRETTO DI LECCO**  
**Ambiti di Bellano, Lecco e Merate**

**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE DGR 5791/2021 MISURA B2 anno 2022 (Ogni campo DEVE essere compilato)**

|  |  |                        |  |             |
|--|--|------------------------|--|-------------|
| <b>NOMINATIVO</b>  |  |                        | Luogo e data di nascita:   |             |
| <b>CODICE FISCALE</b>  |  | Residente a:           | Indirizzo :  | tel: email: |
| <b>ABITAZIONE</b>  | Proprietà o godimento e pieno titolo <input type="checkbox"/><br>Affitto privato/ALER <input type="checkbox"/>   | <b>ISTRUZIONE</b>      | Scuola dell'obbligo <input type="checkbox"/><br>Altri gradi di scuola (specificare) <input type="checkbox"/> _____ |             |
| <b>INVALIDITA'</b>   | Riportare diagnosi certificata (Da verbale I.C. o L. 104 o da certificazione MMG/PLS):<br>% DI INVALIDITA' _____ ACCOMPAGNAMENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                        |  |             |
| <b>ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO</b>   | NOMINATIVO:  |                        |  |             |
|  | TELEFONO:  |                        | E-MAIL:  |             |
| <b>PERSONA DI RIFERIMENTO</b>  | 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 _____   |                        |  |             |
| <b>Indicare se la persona è inserita stabilmente nei seguenti servizi o usufruisce di prestazioni assistenziali nel 2021</b> | 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**  
**Ambiti di Bellano, Lecco e Merate**

|  |   |                          |                           |
|--|---|--------------------------|---------------------------|
|  | La frequenza dei servizi sociosanitari e/o sociali è o il tirocinio retribuito è: a tempo pieno <input type="checkbox"/><br>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 _____               |                          |                           |
| <b>INSERIMENTO LAVORATIVO</b>                            | Tirocinio retribuito/Non retribuito <input type="checkbox"/> Borsa lavoro <input type="checkbox"/> Contratto standard <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> _____                           |                          |                           |
| <b>Altri servizi complementari con tariffa agevolata</b> |   | 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"/> |                           |

**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 5791/2021) |
|--|-----------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|
|  |                       | A   | B | C | D | E |                     |   |   |
| Beneficiario:  |                       |   |   |   |   |   |                     |   |   |
| 1)   |                       |   |   |   |   |   |                     |   |   |
| 2)   |                       |   |   |   |   |   |                     |   |   |
| 3)   |                       |   |   |   |   |   |                     |   |   |
| 4)   |                       |   |   |   |   |   |                     |   |   |
| 5)   |                       |   |   |   |   |   |                     |   |   |
| 6)   |                       |   |   |   |   |   |                     |   |   |

**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**  
**Ambiti di Bellano, Lecco e Merate**

**ASSISTENTE PERSONALE CON REGOLARE CONTRATTO**

| Barrare                  | Orario contrattuale                   | Spesa mensile indicativa | Eventuali note |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Tempo pieno (54 ore settimanali)      |                          |                |
| <input type="checkbox"/> | Tempo parziale (- 54 ore settimanali) |                          |                |

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## INTERVENTI

| <b>INTERVENTI</b>  | <b>*CAMPO OBBLIGATORIO: NOTE ESPLICATIVE DELL'INTERVENTO</b>  |
|--|---|
| <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>                                 | *Compilazione OBBLIGATORIA Piano di Intervento (All.6) al fine del riconoscimento del voucher                   |
| <i>D2. Voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti specifici</i>   | *Compilazione OBBLIGATORIA Piano di Intervento (All.6) al fine del riconoscimento del voucher                   |
| <i>E. Voucher sociale sostegno e monitoraggio caregiver anziani</i>  | *Compilazione OBBLIGATORIA Piano di Intervento (All.6 bis) al fine del riconoscimento del voucher               |
| <i>F. Voucher sociale interventi di natura socializzante e/o di supporto alla presa in carico del caregiver rivolti a disabili adulti</i>                          | *Compilazione OBBLIGATORIA Piano di Intervento (All.6 bis ) al fine del riconoscimento del voucher              |

LUOGO E DATA, \_\_\_\_\_

L' ASSISTENTE SOCIALE



## **DISTRETTO DI LECCO**

### **Ambiti di Bellano, Lecco e Merate**

---