

DOMANDA DI VALUTAZIONE presentata in data _____ (inserire la data del protocollo)

VALUTAZIONE INTENSITA' CARICO DI CURA _____

PUNTEGGIO COMPLESSIVO ASSEGNATO DA APPLICAZIONE SCALE E PRIORITA' _____

ISEE _____

ASSISTENTE SOCIALE REFERENTE DEL CASO _____

ALTRI INTERVENTI IN ATTO:

- SAD
- ADI
- MISURA B1
- RESIDENZIALITA' LEGGERA
- RSA APERTA
- ALTRO

Descrizione prestazioni ed interventi attivi:

E' presente un caregiver non Familiare?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Assistente Personale 24h | <input type="checkbox"/> 02 Assistente Personale Tempo Pieno (min 7 h/die) |
| <input type="checkbox"/> 03 Ass. Personale Tempo Parziale (max 7 h/die) | <input type="checkbox"/> 04 Ass. Personale Qualificato 24 h |
| <input type="checkbox"/> 05 Ass. Personale Qualificato Tempo Pieno (min 7 h/die) | <input type="checkbox"/> 06 Ass. Personale Qualificato T. Parziale (max 7 h/die) |
| <input type="checkbox"/> 07 Altro | |

Altri interventi/servizi presenti:

Interventi socio-assistenziali		
Finalità	Quota prevista	DESCRIZIONE dell'INTERVENTO
Assistenza continuativa della persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza al domicilio da parte del CAREGIVER FAMILIARE	€
Assistenza continuativa della persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza al domicilio da parte di ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO	€
INTEGRAZIONE BUONO CARE GIVER FAMILIARE (L'intervento è finalizzato a compensare il costo di prestazioni erogate da parte di un assistente familiare assunto con regolare contratto diretto, mediante cooperativa o voucher INPS, che affianchi le prestazioni di cura assicurate dal care giver familiare)	€
PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE di persone con disabilità fisico motoria grave e gravissima senza il supporto del care giver familiare.	€
TOTALE € _____		

Data _____

Assistente Sociale Comune di residenza

Firma

Beneficiario/Caregiver:

Firma

In qualità di Familiare specificare se Amministratore di sostegno Tutore Curatore