|  |
| --- |
| **S.VA.M.A.**  **VALUTAZIONE SOCIALE** |

|  |
| --- |
| NOME: DATA DI NASCITA: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| SEDE DI VALUTAZIONE: DATA: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

tess.sanit. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|es.ticket |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| cod.fisc. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Residenza:** via ...................................................…………...………………..….. Tel……...……………….………..........

Comune ............………………………………......……………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Stato civile:** **1** 🞎 coniugato **2** 🞎 separato/divorziato **3** 🞎 vedovo **4** 🞎 celibe/nubile |
| **Sesso: 1** 🞎 M **2** 🞎 F |
| **Istruzione:**  **1** 🞎 nessun titolo **2** 🞎 licenza elementare **3** 🞎 scuole medie inf./avviamento  **4** 🞎 scuola professionale **5** 🞎 medie superiori  **6** 🞎 laurea |
| **Pensione: 1** 🞎 nessuna **2** 🞎 minima / sociale **3** 🞎 altra pensione |
| **Ultima professione:** ........................................................................................................................……….... |
| **Invalidità civile**  **1** 🞎 si **2** 🞎 no **Indennità accompagnamento** **1** 🞎 si **2** 🞎 no **3** 🞎 in attesa |

|  |  |
| --- | --- |
| **Domanda di intervento:** | |
| **Motivo della domanda (una sola risposta)  01**  🞎 perdita dell’autonomia  **02**  🞎 famiglia non in grado di provvedere  **03**  🞎 solitudine  **04** 🞎 alloggio non idoneo  **05** 🞎 altro | **La persona è informata della domanda?**  **01** 🞎 si **02** 🞎 no |

|  |  |
| --- | --- |
| **Iniziativa della domanda (una sola risposta)**  **01**  🞎 propria  **02**  🞎 familiare o affine  **03** 🞎 soggetto civilmente obbligato  **04**  🞎 assistente sociale pertinente  **05**  🞎 medico  **06**  🞎 tutore  **07** 🞎 altro soggetto | **Tipologia della domanda (una sola risposta)**  **01**  🞎 generica  **02**  🞎 assistenza domiciliare  **03** 🞎 centro diurno  **04**  🞎 ospitalità temporanea riabilitativa  **05** 🞎 altra ospitalità temporanea  **06**  🞎 accoglimento in residenza |

|  |
| --- |
| **Medico curante:** **Tel.** |

|  |
| --- |
| **PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:** |
| Cognome e nome ..........................................................................................................……….................…....... |
| Via .............................................................................. Comune ....................................…….........…......... |
| tel …................................…………………...............…... grado di parentela ................................................. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI** (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)  (ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Cognome e nome | parentela **1** | età | professione | indirizzo e telefono | lontananza **2** | intensità attivazione attuale **3** | si occupa di **4** | | | intensità attivazione possibile **5** | si occuperà di **4** | | |
| ADL | iADL | super-visione | ADL | iADL | super-visione |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALTRE PERSONE ATTIVE** (compreso personale privato) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA** (segnare i servizi attivi) h/sett. Interv/sett | | | | | | | | | | |
| 1 | SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?) |  | 3 | PASTI A DOMICILIO |  | | 6 | VIGILANZA-ACCOMPAGNAMENTO |  |  |
| 4 | TELESOCCORSO |  | 7 | | IGIENE DELLA CASA |  |  |
| 2 | SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?) |  |
| 5 | TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO |  | 8 | | ASSISTENZA ALLA PERSONA |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**2** C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

**3** indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

**4** crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

5 indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SITUAZIONE ABITATIVA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **TITOLO DI GODIMENTO** *(una sola risposta)* | | | | | | |  | | | | | | | |
| 1 🞎 proprietà | | | | | | | in affitto da: | | | | | | | |
| 2 🞎 usufrutto | | | | | | | 5 a 🞎 privato | | | | | | | |
| 3 🞎 titolo gratuito | | | | | | | 5 b 🞎 pubblico | | | | | | | |
| 4 🞎 non proprio, non in affitto (presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | E’ in atto lo sfratto esecutivo? sì🞎 no🞎 | | | | | | | |
| **DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO** *(una sola risposta)*  *rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)* | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 🞎 | servita | |  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |
| 2 🞎 | poco servita | |  | |  | | | |  |  |  | |  |  |
| 3 🞎 | isolata |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |
| **BARRIERE ARCHITETTONICHE** *(una sola risposta)* | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 🞎 | assenti |  |  |  | | piano: | | |\_\_\_| | | | |  | |  |
| 2 🞎 | solo esterne | |  | | | ascensore | | | si 🞎 no 🞎 | | |  | |  |
| 3 🞎 | interne | |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  |
| **GIUDIZIO SINTETICO** | | |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  |
| 1 🞎 | abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) | | | | | | | | | | | | | |
| 2 🞎 | abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne | | | | | | | | | | | | | |
|  | e/o esterne che limitano l'a persona nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) | | | | | | | | | | | | |  |
| 3 🞎 | abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente | | | | | | | | | | | | | |
|  | insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato) | | | | | | | | | |  |  | |  |
| **NOTE:** | | |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  |
|  | | |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  |
|  | | |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  |
|  | | |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE** | |
| REDDITO TOTALE DELLA PERSONA  (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta) | £. |
| RISPARMI: | * no o inferiori a 5 milioni * fino a £ 10 milioni * fino a £ 20 milioni * fino a £ 100 milioni * oltre £ 100 milioni * non noti |
| SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO: | £. |
| ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA: | * nessuna * fino a £ 1 milione * fino a £ 2 milioni * fino a £ 3 milioni * oltre *  copertura completa delle spese |
| INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA: | * certamente no * possibile * certamente sì |
| NOTE: | |

**VALUTAZIONE FINALE DELL’ASSISTENTE SOCIALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASSISTENTE SOCIALE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data: | | |  | | | | | |
| Nome: | | | Firma | | | | | |