|  |
| --- |
| **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 |